

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N^o 846

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Yves LEMAITRE

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 17 Avril 1906, à PARIS (Seine)

ÉTUDE ANATOMO-CLINIQUE
DES TUMEURS
DITES CYLINDROMES

(Evolution cylindromateuse de certains processus tumoraux)

Président : M. CUNEO, professeur.

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE MÉDECINE, 23

1936

**ETUDE ANATOMO-CLINIQUE DES TUMEURS
DITES CYLINDROMES**

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Yves LEMAITRE

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 17 Avril 1906, à PARIS (Seine)

ÉTUDE ANATOMO-CLINIQUE
DES TUMEURS
DITES CYLINDROMES

(Evolution cylindromateuse de certains processus tumoraux)

Président : M. CUNEO, professeur.

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1936

I. — Professeurs

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFNEAU
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL.
Pathologie expérimentale et comparée	LAVASTINE
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIESSINGER
	Maur. VILLARET
	LOEPER.
	CARNOT.
Clinique médicale	CLERC.
	Marcel LABBE
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULET
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE
	CUNEO.
	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GRÉGOIRE.
	LENORMANT
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANCON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Cardiologie clinique	LAUBRY.
	HOVELACQUE
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.
AMELINE.....	Pathologie chirurgicale.	DE GAUDART
BARIETY	Pathologie médicale.	D'ALLAINES.
BENARD Henri	Pathologie médicale.	DE GENNES...
BERNARD Et...	Pathologie médicale.	GAYET
BESANCON (J.)	Hydrologie.	GIROUD
BOULIN	Pathologie médicale.	HAGUENAU ...
BULLIARD	Histologie.	HALPHEN
CATHALA	Pathologie médicale.	HAZARD
CHEVALLIER ...	Pathologie médicale.	HUGUENIN
COSTE	Pathologie médicale.	JOANNON
DOGNON	Physique.	LABBE Henri..
FEY	Urologie.	LACOMME
FUNK-		LANTUEJOUL..
BRENTANO	Pathologie chirurgicale.	LAROCHE Guy.
GALLIARD	Parasitologie.	LELONG
GASTINEL	Bactériologie.	



MM.

LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LEVY (M^{re} J) .. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX .. Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-
 DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE. Médecine légale
 PORTES Ophtalmologie.
 RENARD (L.). Physiologie.
 RICHET Obstétrique.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale
 TROISIER Pathologie expérimentale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-
 BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-
 LEMAIRE .. Parasitologie.
 PHILIBERT .. Bactériologie.

IV — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE. }
 AUBERTIN }
 BRULÉ }
 CHABROL }
 CHIRAY }
 DONZELOT }
 DUVOIR }
 LIAN }
 VALLÉRY-RADOT }
 (Pasteur). }
 SEZARY }

Clinique médicale

MM.

BASSET }
 BROCC }
 CADENAT }
 GATELLIER }
 HEITZ-BOYER . }
 MOURE }
 QUENU }
 SCHWARTZ }
 VELTER }
 ECALLE }
 GUENIOT }
 LE LORIER }
 LEVY-SOLAL ... }
 METZGER }

Clinique chirurgicale

Clinique obstétricale

V. — Chargés de cours

MM

CHAILLEY-BERT, agrégé. Education physique
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique
 PHILIBERT, agrégé..... Stomatologie.
 RUPPE Microbiologie.
 WEIL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MA MÈRE

A MON PÈRE,
LE PROFESSEUR F. LEMAITRE

Il est aussi pour moi un Maître et un
Ami ; je lui doit tout.

A MES AMIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR B. CUNEO

Professeur de Clinique Chirurgicale.

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Membre de l'Académie de Médecine.

Qui nous a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse. Hommage
de profonde admiration, de respec-
tueuse et affectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOYEN ROUSSY

Professeur d'Anatomie Pathologique
Membre de l'Académie de Médecine

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ROUVIERE

Professeur d'Anatomie
Membre de l'Académie de Médecine

A MON MAÎTRE, LE DOCTEUR A. MOULONGUET

Laryngologiste de l'Hôpital Boucicaut.

Il m'a grandement honoré en me confiant le poste d'assistant de son service, me permettant ainsi de bénéficier de sa grande expérience et de son précieux enseignement. Hommage de ma respectueuse et profonde gratitude.

A MES MAÎTRES DANS L'INTERNAT

En témoignage de ma respectueuse
et profonde reconnaissance pour ce
qu'ils ont fait pour moi, pour ce qu'ils
m'ont appris.

1932. — M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HALPHEN.

M. LE PROFESSEUR F. LEMAITRE.

1933. — M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ A. SCHWARTZ.

1934. — M. LE DOCTEUR GRIVOT.

M. LE DOCTEUR ROUGET.

1935. — M. LE DOCTEUR HAUTANT.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stage :

M. LE PROFESSEUR HARTMANN

M. LE PROFESSEUR WIDAL (*in memoriam*).

Externat :

M. LE PROFESSEUR B. CUNÉO

M. LE DOCTEUR L. RAMOND

M. LE DOCTEUR P. HALBRON.

M. LE DOCTEUR M. GRIVOT

A MESSIEURS LES DOCTEURS

L. LEROUX, AUBIN, AUBRY, OMBRÉDANNE,
LALLEMAND, LEMARIEY, MADURO

Laryngologistes des Hôpitaux.

A MESSIEURS LES DOCTEURS

PICOT, J.-C. BLOCH, SÉNÊQUE, HUARD, SEILLÉ

Chirurgiens des Hôpitaux.

A MESSIEURS LES DOCTEURS

J. RACHET, A. LAPORTE

Médecins des Hôpitaux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CH. RUPPE

Stomatologiste des Hôpitaux.

Chargé de cours de Stomatologie à la Faculté de Médecine.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ARDOIN

Chef de Laboratoire à la Faculté de Médecine.

Nous lui devons nos documents histologiques ; il nous a très amicalement guidés de ses conseils. Qu'il trouve ici le témoignage de ma vive reconnaissance et de ma très sincère amitié.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PIERQUIN

A MONSIEUR LE DOCTEUR RICHARD

*Chefs de service à la Fondation Curie.
Radiologistes de l'Institut Pasteur.*

A MESSIEURS LES DOCTEURS

BAUDOIN, REMY-NERIS, LEMOYNE

Anciens chefs de clinique à la Faculté.

A MES AMIS ET COLLÈGUES D'INTERNAT

ETUDE ANATOMO-CLINIQUE DES TUMEURS DITES CYLINDROMES

INTRODUCTION

On désigne sous le nom de cylindromes des tumeurs dont l'aspect histologique est caractérisé par la présence :

1° D'amas cellulaires de formes variées, lobulés par un stroma conjonctif fibreux avec ou sans dégénérescence hyaline.

2° De productions transparentes, hyalines, constituées par de la substance mucoïde.

Parmi l'interminable terminologie que cet aspect histologique a suscité, le terme de cylindrome, créé par BILLROTH en 1859, a prévalu et a été consacré par l'usage.

A la suite du très important travail de MALASSEZ (1883) les cylindromes semblent constituer une classe nettement définie de tumeurs et réaliser une entité anatomo-clinique.

Depuis, les observations se sont multipliées. On est frappé, lorsqu'on parcourt ces dernières, par leur allure différente, due non pas tellement à des localisations diverses, mais surtout à des aspects cliniques, à des évolutions, à des pronostics fort disparates. Aussi, certains n'ont-ils voulu voir dans les cylindromes qu'une modalité morphologique accessoire de processus tumoraux divers. DELBET écrit :

« Sous le nom de cylindrome, on comprend des tumeurs très différentes qui n'ont de commun que ce seul fait d'une

distribution topographique un peu particulière du tissu muqueux. Aussi dire d'une tumeur que c'est un cylindrome, ce n'est point faire un diagnostic, c'est prendre une particularité morphologique d'importance secondaire pour le fait principal ».

En compulsant les observations déjà publiées ainsi que les cas que nous avons eu l'heureuse fortune de réunir, il nous (1) a semblé que si les tumeurs dites cylindromes ne répondaient pas à une entité clinique précise, par contre elles présentaient des caractères familiaux dont l'importance justifiait leur classement dans un même groupe.

Le problème qui se pose actuellement est donc le suivant :

1° Les cylindromes constituent-ils des tumeurs nettement individualisées réalisant une véritable entité nosologique ?

2° Les cylindromes ne sont-ils que des aspects histologiques particuliers, se rencontrant dans un certain nombre de tumeurs, par ailleurs nettement différentes les unes des autres ?

3° Les cylindromes sont-ils des tumeurs différentes les unes des autres, mais présentant entre elles, outre leur aspect histologique semblable, des caractères biologiques communs qui témoignent d'un certain degré de parenté ?

Pour résoudre ce problème, nous nous proposons, dans ce travail, de diviser notre étude des cylindromes en deux parties :

1° ETUDE ANALYTIQUE des tumeurs qui ont été décrites sous le nom de cylindromes, envisageant successivement :

(1) F. LEMAITRE, G. ARDOIN, Y. LEMAITRE. Considérations sur les cylindromes. Budapest. Sept. 1935.

- a) *Cylindromes de la peau (face et cuir chevelu) ;*
- b) *Cylindromes des glandes salivaires principales ;*
- c) *Cylindromes para-oculaires (glande lacrymale et cavité orbitaire) ;*
- d) *Cylindromes des voies digestives supérieures ;*
- e) *Cylindromes des voies respiratoires supérieures ;*
- f) *Cylindromes à localisations exceptionnelles.*

2° ETUDE SYNTHETIQUE dans laquelle, nous basant sur l'étude des faits, nous essaierons d'entreprendre la synthèse de ces tumeurs dans les chapitres suivants :

- a) *Anatomie-pathologie et pathogénie ;*
- b) *Clinique ;*
- c) *Thérapeutique.*

ETUDE ANALYTIQUE

Dans cette première partie de notre travail, nous nous contenterons simplement d'exposer des faits cliniques et des comptes rendus d'examens histologiques, ainsi que les déductions thérapeutiques et les interprétations pathogéniques qui ont été émises à leurs sujets.

CYLINDROMES DE LA PEAU

(FACE ET CUIR CHEVELU).

Les cylindromes de la peau, qui se rencontrent presque uniquement au niveau de la face et du cuir chevelu, se présentent en clinique sous deux aspects fort différents :

A) CYLINDROMES MULTIPLES.

Type clinique rare, mais caractéristique, évoquant immédiatement le diagnostic de cylindrome, affection d'allure si curieuse qu'elle ne risque pas de passer inaperçue.

B) CYLINDROMES A TYPE DE TUMEUR UNIQUE.

Type clinique plus fréquent mais nullement caractéristique, dont la nature cylindromateuse risque fort d'être méconnue sans examen histologique systématique.

A. — CYLINDROMES MULTIPLES

Cet aspect de cylindrome cutané, bien connu des dermatologistes, dont la première observation a été publiée par Poncet en 1890, a tour à tour été décrit sous les noms de : Tumeurs confluentes du cuir chevelu ; dégénérescence épithéliomateuse des loupes multiples du cuir chevelu ; tumeurs multiples du cuir chevelu ; épithélioma bénin du cuir chevelu ; cylindromes de la face et du cuir chevelu.

Les observations de ce type clinique sont étroitement superposables et il suffit de parcourir l'une d'elles pour imaginer aisément les autres.

Nous n'avons pas eu l'occasion d'en observer personnellement ; aussi reproduirons-nous deux observations de cylindromes multiples parmi les plus évocatrices.

OBSERVATION N° 1

Cylindromes multiples du cuir chevelu (MM. DELAYE, HUGONOT et J. LACASSAGNE. *Société Franç. de Dermat. et Syphil.*, 18 juin 1931).

M. B..., âgé de 42 ans, Capitaine de cavalerie, actuellement retraité comme mutilé de guerre. A toujours eu une excellente santé. Célibataire, nie la syphilis. Pas d'alcoolisme.

Nous signalerons que son père, actuellement vivant, est atteint lui aussi depuis de longues années, de lésions absolument identiques du cuir chevelu ; sa sœur également.

La première manifestation est apparue chez notre malade à l'âge de 16 ou 17 ans sous forme d'une petite tumeur siégeant à la partie postérieure et inférieure du cuir chevelu. Bientôt d'autres tumeurs suivirent ; elles ne dépassaient pas les dimensions d'un noyau de cerise. En 1914, le malade se souvient fort bien que leur nombre était d'une quinzaine environ, éparpillées sur le cuir chevelu. A noter cependant un élément sur le sillon naso-génien droit.

Pendant la durée de la guerre, leur développement et leur multiplication furent restreints : jamais ces tumeurs ne gênèrent le port du casque.

Vers 1921, certains éléments augmentèrent de volume à tel point que le médecin du régiment procéda à l'excision de 4 ou 5 d'entre elles qui atteignaient les dimensions d'un noyau de prune. Sur les lésions grosses comme une lentille, on pratiqua des pointes de feu.

Cette thérapeutique n'enraya pas la progression lente et régulière des tumeurs qui débordèrent aussi sur le front.

A l'examen, homme vigoureux, au visage coloré et couperosé, à peau séborrhéique avec acné du dos.

Les cheveux sont bruns, clairsemés, surtout sur l'occiput ; cuir chevelu très séborrhéique.

Le cuir chevelu est mamelonné par une grande quantité de tumeurs, au nombre de 250 environ. Elles naissent sous forme de petites lésions, sessiles, de coloration rose, arrondies, donnant au doigt la sensation de résistance. Le plus grand nombre a les dimensions d'une lentille ; une douzaine seulement celles d'une cerise ; quelques-unes sont grosses comme des prunes. Ces tumeurs sont disséminées sur tout le cuir chevelu, mais le sommet de la tête et la nuque sont relativement épargnés ; par contre, en bordure du front, les éléments sont fort nombreux.

Les tumeurs les plus volumineuses tendent à se pédiculiser ; elles font corps avec la peau, mais sont mobiles sur les parties profondes. Leur consistance est mollassse, pseudo-fluctuante, leur forme est un peu lobée comme une tomate. Elles sont de couleur rose violacée, recouvertes d'une peau fine, avec quelques veinules superficielles. Pas de poils à leur surface.

Les petits éléments sont arrondis et donnent au doigt une sensation de dureté très ferme.

Pas de ganglions cervicaux.

Pas de prurit.

Aucune gêne dans le port du chapeau.

La structure histologique des divers éléments, prélevés par biopsie, s'est montrée partout identique.

Sous un épithélium cutané aminci, comme atrophique, mais partout régulier sans hyperacanthose, la tumeur constituée par des amas cylindriques ou globuleux de cellules épithéliales, présente la morphologie générale des épithéliomas de type baso-cellulaire.

Les boyaux néoplasiques sont plongés au milieu du tissu conjonctif du derme et de la partie superficielle de l'hypoderme. Ce tissu conjonctif est lâche, d'aspect myxoïde, cri-

blé de nombreux vaisseaux capillaires. Au pourtour des boyaux, il se condense en bandelettes fibreuses constituant aux amas épithéliaux une véritable écorce hyaline. Les rangées cellulaires les plus externes sont implantées perpendiculairement à la surface de la membrane limitante conjonctive, en disposition palissadique. Quant aux amas cellulaires, ils sont eux-mêmes formés de cellules polygonales, assez semblables les unes aux autres, sans filament d'union visible ; quelques mitoses anormales, peu de monstruosités cellulaires.

Infiltrant les boyaux, et comme dissociant les cellules néoplasiques, on retrouve dans l'intérieur des alvéoles avec abondance variable, des productions hyalines et homogènes qui présentent les mêmes réactions histo-chimiques que les bandelettes péri-alvéolaires. Assez fréquemment enfin, les bourgeons se creusent de cavités circulaires ou allongées en fente remplies d'une substance colorée en rouge vif par le mucicarmin.

OBSERVATION N° 2

Cylindrome de la face et du cuir chevelu. (MM. J. NICOLAS, G. MASSIA et F. LEBEUF, *Société Franç. Dermato. et Syph.*, Janvier 1932).

Mlle O..., Lucie, 34 ans, employée de bureau. Antécédents sans intérêt : père, mère, une sœur ne présentent aucune lésion semblable à celles pour lesquelles la malade vient consulter. A noter un déficit intellectuel marqué chez cette jeune fille. Régée à 14 ans. Le début de la maladie remonte à l'âge de 17 ans. Les éléments envahirent successivement le nez, les sillons naso-géniens, les tempes, les oreilles et le cuir chevelu. Ils ont donc progressé de nombre et d'étendue, très lentement, en 17 ans.

Les lésions sont caractéristiques : petites tumeurs arrondies, de dimensions variables (tête d'épingle à lentille) de teinte rose violacée, recouvertes d'une peau fine, tantôt isolées, tantôt réunies en masses lobulées. Tumeurs translucides,

dures au palper, se disposant sous forme de deux trainées dans les sillons naso-géniens : dans cette région, la peau qui les recouvre est parsemée de petites télangiectasies, mais on constate sur les joues, indemnes de tumeurs, de la couperose et des dilatations capillaires, de sorte qu'il s'agit probablement d'acné rosacée surajoutée.

Les tumeurs occupent la racine et les ailes du nez, les sillons naso-géniens, la lèvre supérieure, le menton, les tempes et les conques des deux oreilles. Le cuir chevelu est également le siège de très nombreux éléments.

Les muqueuses, en particulier la cavité buccale, sont respectées. Aucun élément n'est ulcéré.

Les ganglions ne sont pas augmentés de volume.

Rien à signaler sur les téguments du corps et des membres, à part un nævus vasculaire plan de l'avant-bras gauche.

Une biopsie pratiquée sur une tumeur de la tempe droite a montré la structure histologique suivante : les lésions sont celles ordinairement signalées dans le cylindrome du cuir chevelu. L'épiderme est intact, un peu aplati par la pression. Audessous, une couche dermique, toujours très nette, est intacte. Dans l'hypoderme, de nombreux bourgeons ou boyaux coupés en tous sens, formés de cellules serrées, à protoplasma peu abondant, souvent séparées par de minces travées conjonctives. Ces cellules sont assez analogues à celles des bourgeons d'épithélioma baso-cellulaire. En certains points se voient des petites cavités, remplies d'une substance souvent granuleuse, ailleurs amorphe, se colorant en rouge par l'éosine (elle possède en outre d'autres réactions colorantes).

Nous constatons dans ce cas la présence de quelques petits *globes cornés* qui sont exceptionnels dans le cylindrome.

Nous insistons sur le fait suivant : en aucun point ces boyaux épithéliaux ne sont en contact avec l'épiderme, duquel ils restent toujours largement séparés.

Cet aspect clinique du cylindrome est rare; DUBREUILH et AUCHÉ en relevaient dans la littérature une quinzaine de

cas en 1902. Ce qui le caractérise, c'est la multiplicité des tumeurs dont l'évolution se poursuit d'une façon progressive et continue pendant de longues années (20 à 25 ans).

La date d'apparition des tumeurs est difficile à préciser, car ces dernières sont d'une indolence absolue ; c'est en moyenne entre l'âge de 12 à 25 ans que les malades situent l'apparition des premières tumeurs, rarement plus tard.

Elles apparaissent d'abord au cuir chevelu, puis leur territoire s'étend gagnant la face, parfois la nuque, le cou ; d'autres localisations ont été signalées : dos, membres inférieurs, scrotum : celles-ci sont beaucoup plus rares et toujours d'apparition secondaire aux localisations précédentes.

L'aspect des tumeurs, leur nombre et leur volume, dépendent en grande partie du degré d'évolution atteint par l'affection.

Au fur et à mesure de l'évolution, de nouvelles tumeurs apparaissent et leur nombre peut atteindre et même dépasser souvent la centaine.

Leur volume est très variable : certaines, les premières apparues, peuvent atteindre le volume d'une prune, d'un œuf ; d'autres, plus récentes, se présentent sous forme d'indurations en grains de plomb. Tantôt isolées, tantôt confluentes, elles sont disséminées sur la face et sur le cuir chevelu qui prend un aspect mamelonné.

Mobiles sur les plans profonds, elles font corps avec la peau qui, au niveau des tumeurs, est glabre, amincie et distendue. De consistance ferme si elles sont petites, molles et parfois renitente si elles sont grosses, les tumeurs présentent un aspect arrondi, souvent bosselé et lobulé assez caractéristique.

La durée d'une telle affection est illimitée, pouvant se

prolonger pendant 20-25 ans, voire même plus, sans aucun retentissement sur l'état général, sans jamais donner de métastases, sans jamais s'accompagner de retentissement ganglionnaire dans les territoires correspondants. C'est donc une affection locale, bénigne.

Insistons déjà sur cette absence de métastase, sur cette absence d'adénopathie que nous aurons, à chaque pas, l'occasion de signaler au cours de ce travail. Si l'on a mentionné l'existence d'adénopathie concomitante, comme dans l'observation princeps de PONCET, c'est qu'il s'agissait manifestement d'une adénopathie inflammatoire, secondaire à des érosions tégumentaires infectées, et non pas d'adénopathie tumorale.

Cette maladie, dont le caractère familial signalé plusieurs fois ajoute encore à l'étrangeté, est d'un diagnostic clinique facile.

La consistance des tumeurs, leur nombre élevé, leur topographie permettent aisément d'écarter les diagnostics de loupes, de kystes épidermiques.

Plus délicat serait le diagnostic avec les adénomes sébacés, qu'il s'agisse d'adénomes sébacés vrais ou d'adénomes du type BALZER-MÉNÉTRIÉR.

Par contre, elles posent un problème thérapeutique difficile à résoudre.

L'exérèse chirurgicale, pour être logique, doit être complète : elle risque alors d'aboutir à un véritable scalpage du cuir chevelu. PONCET, pour éviter une trop grande surface cruentée, conséquence fatale d'une exérèse large, se contenta « d'ouvrir la tumeur d'un coup de ciseaux et de curetter ensuite son contenu jusqu'à ce que l'instrument rencontre les tissus fibreux... Les résultats ont été excellents et le malade opéré ainsi en février annonçait au mois de mai la guérison complète de la plaie opératoire et l'absence de récurrence locale ».

Pour qui connaît la lenteur d'évolution des cylindromes en général, leur tendance à récidiver souvent tardivement, ce délai de quelques mois nous paraît vraiment court pour déclarer que : « la récurrence n'est pas plus à redouter que dans l'autre opération (exérèse totale), en apparence seulement plus radicale ». (PONCET).

Le traitement radiothérapique paraît des plus discutable. En effet, à doses faibles, il sera inefficace, d'autant plus que les cylindromes, nous y reviendrons, paraissent radio-résistants ; à doses fortes, appliquées sur une large surface, on risque de déclencher une radio-dermite ulcéreuse, avec menace de voir se développer ultérieurement un épithélioma spino-cellulaire (Nicolas).

Il semble que le traitement de choix des cylindromes multiples soit l'électro-coagulation.

Nous gardant bien de citer ici toutes les hypothèses émises au sujet de la nature même de ces tumeurs, nous rappellerons simplement que ces dernières sont actuellement considérées comme des tumeurs épithéliales et rangées dans le groupe de épithéliomas baso-cellulaires dont elles constituent un aspect histologique un peu particulier.

Au sujet de leur origine exacte, les uns ont incriminé les follicules pileux ou les glandes sébacées ; d'autres, les tubes sudoripares ; certains pensent que la partie épithéliale de ces tumeurs est d'origine dysembryoplasique et les rapprochent des tumeurs telles que les nævi cellulaires ou les adamantinomes. Darier les considère comme des dysembryoplasies épithéliales et souligne leur origine vraisemblablement glandulaire.

B. - CYLINDROMES A TYPE DE TUMEUR UNIQUE

Cette variété de cylindrome cutané, plus fréquente que la précédente, se présente sous deux aspects anatomo-cliniques :

1° *Dans un premier cas*, on se trouve en présence de tumeurs pouvant siéger en un point quelconque de la face : leur aspect histologique est en tous points superposable à celui des cylindromes à tumeurs multiples et a donné lieu aux mêmes interprétations histo-pathogéniques : ce sont des épithéliomas baso-cellulaires avec évolution cylindromateuse.

2° *Dans un deuxième cas*, on se trouve en présence de tumeurs présentant une topographie assez précise et dont l'examen microscopique met en évidence, associés à l'aspect du cylindrome, des aspects de tumeurs mixtes : ce sont des tumeurs mixtes de la face avec aspect cylindromateux.

1° CYLINDROMES A TYPE DE TUMEUR UNIQUE, VARIETE D'EPITHELIOMA BASO-CELLULAIRE

Dans les examens histologiques des épithéliomas baso-cellulaires ou intermédiaires de la peau, il n'est pas rare, il est presque banal de rencontrer çà et là en certains points de la préparation, quelques plages de dégénérescence hyaline, souvent simplement ébauchées. Ces cas, bien entendu, ne doivent pas être étiquetés cylindromes. Le terme de cylindrome, si on veut conserver une valeur quelconque à ce dernier, doit être réservé aux tumeurs où cette dégénérescence, cette cylindromisation selon l'expression de Darier, est très poussée. Cette discrimination est,

nous le savons, arbitraire et fort discutable puisqu'elle repose sur une notion quantitative, sur une interprétation personnelle qui variera suivant chaque observateur. Nous reviendrons ultérieurement sur ce point.

Voici quelques exemples de cette variété anatomo-clinique de cylindrome :

OBSERVATION N° 3

Cylindrome de l'angle externe de l'œil. Inédite (Professeur F. LEMAITRE).

Mme M..., âgée de 71 ans, a vu apparaître lentement, vers l'angle externe de l'œil droit, une petite masse indurée, non douloureuse, non ulcérée, dont les caractères font penser aussitôt à un épithélioma baso-cellulaire de la peau; on enlève, sous anesthésie locale, cette petite tumeur, en juin 1922.

Une récidive apparaît un an plus tard; nouvelle exérèse : nouvelle récidive 18 mois après. On procède alors à une troisième intervention plus étendue et on obtient une guérison qui se maintient depuis 13 ans, la malade étant âgée aujourd'hui de 84 ans.

L'examen histologique de la petite tumeur, à l'occasion des trois exérèses, a répondu : cylindrome.

Compte rendu de l'examen histologique (Docteur ARDOIN)

Fragment unique, bien revêtu sur toute la longueur, d'un épithélium pavimenteux stratifié non hyperplasié; fine kératinisation superficielle.

En profondeur, s'étend la néoplasie qui se montre constituée de toute une série de boyaux épithéliaux d'importance variable et coupés sous les incidences les plus variées, les uns compacts, les autres creusés de cavités innombrables. Les cellules constituant ces boyaux sont ovalaires ou fusiformes, peu volumineuses et pourvues de filaments d'union. Parfois elles s'écartent les unes des autres, gardant malgré tout leurs connexions filamenteuses, dissociées par un produit liquide qui s'accu-

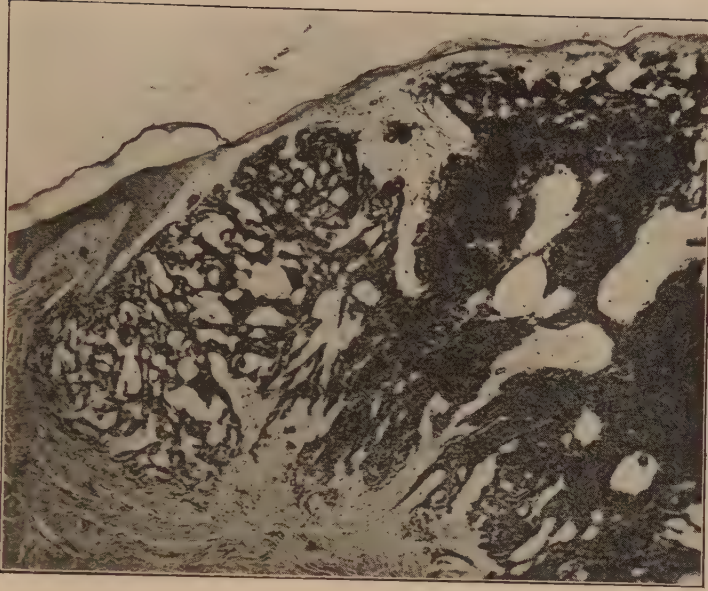


FIG. 1. — *Obs. N° 3. Vue d'ensemble.*

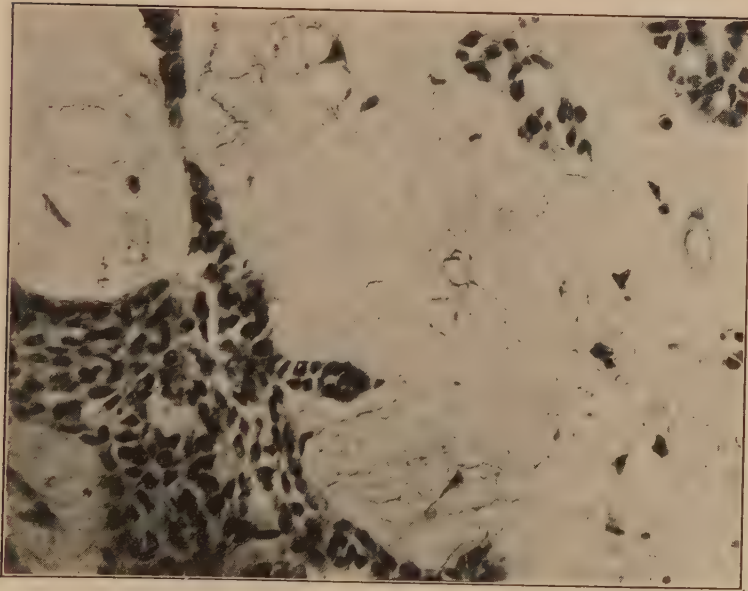


FIG. 2. — *Obs. N° 3. Etat muqueux.*

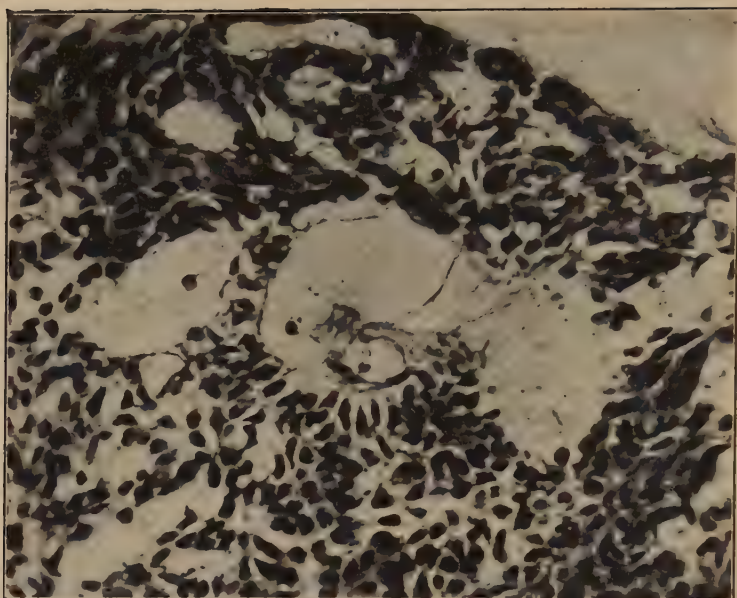


FIG. 3. — Obs. N° 3.
 Persistance d'un axe conjunctivo-vasculaire.

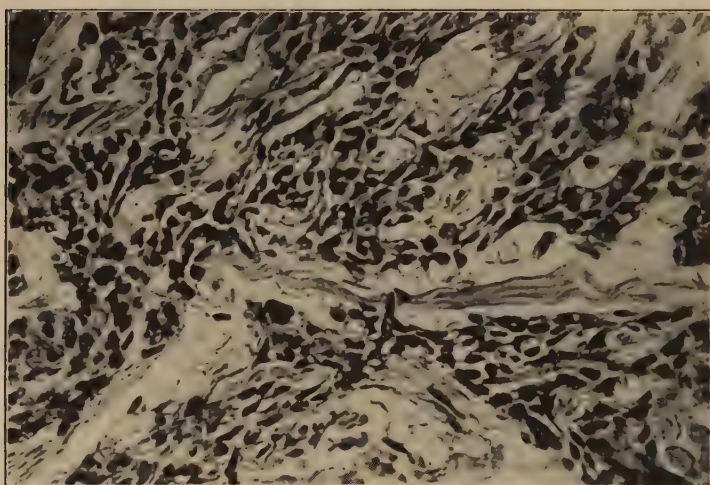


FIG. 4. — Obs. N° 3.
 Fibre conjonctive hyalinisée parmi les travées néoplasiques.

mule entre elles : le liquide intercellulaire présente les réactions du mucus; les cellules devenues étoilées ou anguleuses, par élongation et disjonction, rappellent la différenciation adamantinoïde du baso-cellulaire. Absence d'évolution kératósique ou parakératósique; absence de mitoses et de monstruosités cellulaires. Absence de différenciation exocrine. Le stroma, réparti parmi les travées, est représenté par des plaques hyalines plus ou moins étendues et présentant partout les réactions tinctoriales du mucus.

On peut encore retrouver en certains rares endroits, la persistance d'axes conjonctivo-vasculaires parmi les formations néoplasiques tubuleuses. Une zone de la préparation comporte une véritable dissociation de fibrilles conjonctives hyalini-sées, par envahissement de cellules néoplasiques.

En résumé : Cylindrome caractéristique. Les limites des lésions semblent bien dépassées par le prélèvement opératoire.

OBSERVATION N° 4

Cylindrome du nez : (Diagnostic clinique confirmé par l'examen de la pièce opératoire). Service d'O. R. L. de l'Hôpital Saint-Louis : Prof. F. LEMAITRE; parue dans la thèse de A. AUBIN (1924).

M. H..., 50 ans, présente depuis trois ans une petite tumeur sur la partie moyenne du dos du nez; translucide, elle a la grosseur d'un pois, elle n'est pas douloureuse et donne à la pression une sensation de résistance spéciale; cette tumeur s'accroît lentement, il n'y a aucune modification des téguments qui l'entourent.

On pense à un épithélioma baso-cellulaire, l'aspect de cette petite tumeur étant semblable aux perles qui bordent l'épithélioma baso-cellulaire plan cicatriciel, ou encore à un cylindrome.

La tumeur étant trop petite pour qu'une biopsie soit faite, on a préféré l'enlever en un bloc et examiner secondairement la pièce. L'exérèse est faite très facilement.

Examen de la pièce opératoire. Résultat histologique. L'examen histologique confirme le diagnostic de cylindrome.

Faible grossissement : sous un épithélium malpighien cutané, on voit des boyaux cellulaires pleins qui ont un aspect pseudo-papillaire : ces végétations sont presque situées dans l'épaisseur du tissu conjonctif.

Fort grossissement : un lobule de la tumeur est formé par des éléments cellulaires sensiblement identiques entre eux, qui rappellent l'épithélioma baso-cellulaire. On aperçoit à l'intérieur des cavités, corps oviformes, formés par dégénérescences mucoides des axes, des ébauches de globes cornés parakératosiques conjonctivo-vasculaires, des masses anhyestes acidophiles. On est donc en présence d'un épithélioma malpighien de forme intermédiaire, présentant une modification des axes conjonctifs; elle donne à la tumeur son aspect spécial.

OBSERVATION N° 5

Cylindrome récidivant de la face, ayant envahi le sinus maxillaire et les fosses nasales. (Inédite, Professeur F. LEMAÎTRE.)

Mme La..., 56 ans, a présenté il y a 9 ans un épithélioma cutané de la face, siégeant au pli naso-génien droit, et aurait subi à cette époque un traitement radiothérapique s'étant échelonné sur une durée de huit semaines.

Progressivement la lésion augmente de volume, s'étale, s'ulcère, envahissant l'aile du nez et atteignant l'angle interne de l'œil.

En août 1931, la lésion a gagné en profondeur le sinus maxillaire et les fosses nasales. C'est à cette date qu'elle est vue pour la première fois à l'hôpital Saint-Louis.

Le 20 août 1931, intervention (Docteur AUBIN) pour propagation d'un épithélioma baso-cellulaire à l'éthmoïde et au plancher du sinus maxillaire.

Anesthésie locale. Après blépharoraphie préalable, on exci-

se le tissu néoplasique, une seule cellule éthmoïdale est intéressée par le néoplasme; les autres sont ouvertes.

Les lésions prédominent au sinus maxillaire, dans le plancher et dans la cloison inter-sinuso-nasale qui sont réséqués à la pince gouge. La partie vomérienne de la cloison intéressée par le néoplasme est enlevée dans ses trois quarts antérieurs.

Dix jours plus tard, la malade sort du service et est perdue de vue.

Elle revient consulter 8 mois plus tard, en avril 1932, présentant une prolifération suspecte au niveau du plancher du sinus maxillaire.

Une biopsie confirme le diagnostic de récurrence d'épithélioma pavimenteux à évolution cylindromateuse.

Le 3 mai 1932, pose d'un tube de radium.

En octobre 1932, état parfait de la plaie. Interventions successives pour plastique.

Compte rendu de l'examen histologique, 29 avril 1932 (Docteur ARDOIN).

Prélèvement portant sur deux petits fragments qui répondent au même type de description histologique.

L'aspect d'ensemble est celui d'un épithélioma à cellules indifférenciées, avec cellules assez régulièrement ovalaires, et de volume assez égal d'un élément à l'autre; en surface, on peut même relever la présence d'un globe parakératosique.

Partout ailleurs, les fragments sont envahis par des cordons formés de cellules petites et régulières, sans filaments d'union. Ces cordons sont creusés de cavités arrondies ou ovalaires, reliées à un étui muqueux par un pédicule étroit. La lumière de chaque cavité est comblée d'une substance très acidophile, rétractée sur les bords, et non colorable par le mucci-carmin.

En certains endroits, stroma riche en fibres collagènes.

En d'autres, au contraire, aspect pseudo-cylindromateux assez nettement réalisé, avec transformation mucoïde du stroma.

Très nombreuses karyokynèses typiques et quelques-unes anormales.

Absence de monstruosités cellulaires.

Conclusion : Il s'agit vraisemblablement d'une évolution pseudo-cylindromateuse d'un épithélioma pavimenteux indifférencié.

L'histoire clinique de cette variété de cylindrome se confond avec celle des épithéliomas baso-cellulaires de la peau.

On les observe au niveau de la face, plus spécialement dans les deux tiers supérieurs.

Deux localisations nous ont paru très fréquentes : l'angle externe de l'œil et la pyramide nasale, le dos du nez en particulier.

D'autres localisations ont été observées : région frontale, région temporale, en avant du conduit auditif externe, paupière inférieure, région mastoïdienne, pavillon de l'oreille.

Au début, la tumeur se présente habituellement comme une masse petite, mobile, non douloureuse, de consistance ferme, ayant parfois un caractère translucide qui peut éveiller l'idée de cylindrome comme dans l'observation n° 4.

Une fois apparue, c'est insensiblement qu'elle va s'accroître, c'est avec une extrême lenteur que son évolution se poursuivra pendant une durée prolongée.

A la longue cependant, elle peut ulcérer la peau, s'étendre en profondeur et réaliser d'importantes mutilations faciales. Volkman a observé un cylindrome qui, à la suite de récives successives, avait envahi une grande partie de la face et présentait un aspect cancéreux. Dans notre observation n° 5, la tumeur avait envahi les fosses nasales et le sinus maxillaire.

On ne constate jamais ni adénopathie, ni métastase et

cela quelque soit le stade où l'on observe la tumeur. Le cylindrome n'a donc qu'une malignité purement locale : malignité restreinte puisqu'il évolue avec une extrême lenteur, mais malignité qui se manifeste par la tendance à la récurrence.

Le diagnostic de cylindrome de la face n'est habituellement pas porté cliniquement. Dans la majorité des cas, c'est à l'épithélioma baso-cellulaire que l'on pense. C'est l'examen histologique soit après biopsie, soit après examen de la pièce opératoire, qui précise la nature cylindromateuse de la tumeur.

Le traitement chirurgical nous paraît être le traitement de choix; en effet, l'on se trouve en présence d'une tumeur unique, le plus souvent encore peu étendue, dont on pourra pratiquer l'exérèse large en occasionnant un minimum de délabrement facial.

On aura recours soit à la méthode habituelle, soit à l'électro-chirurgie (section et coagulation).

C'est encore au traitement chirurgical que nous donnerons la préférence, même si la tumeur a atteint un volume plus considérable, soit du fait de son évolution spontanée, soit du fait de récurrences; même si le siège de la tumeur (aile ou dos du nez, par exemple) exige un sacrifice d'ordre esthétique.

C'est qu'en effet, le cylindrome de la peau, s'il revêt l'allure clinique générale des épithéliomas baso-cellulaires, est malheureusement loin d'en partager la radio-sensibilité.

Le traitement radiothérapique paraît avoir surtout enregistré des insuccès (amélioration passagère ou récurrence précoce). Néanmoins, il a été signalé des cas de réussites brillantes : témoin le cas observé par MASSIA et LEBŒUF, où, après une récurrence précocement apparue à la suite

d'une exérèse chirurgicale, un cyîndrome du nez fut parfaitement guéri par la radiothérapie.

2° TUMEURS MIXTES DE LA FACE AVEC ASPECT CYLINDRÔMATEUX

Il existe au niveau de la face des tumeurs mixtes dont l'étude a été précisée par LENORMANT, par LECÈNE, puis par P. MOULONGUET : certaines d'entre elles réalisent l'aspect histologique du cylindrome.

Nous en reproduisons deux observations, empruntées au travail de P. MOULONGUET et A. PEYNET.

Dans ce travail, sur sept observations inédites de tumeurs mixtes de la face, deux présentent un aspect cylindromateux.

OBSERVATION N° 6

Tumeur mixte de la région frontale avec aspect cylindromateux. (Des tumeurs mixtes de la face. P. MOULONGUET et A. PEYNET. Obs. I. *Annales d'anat. patho.*, décembre 1927.)

Il s'agit d'une jeune femme de 25 ans, infirmière, qui présentait depuis plusieurs mois une tumeur de la grosseur d'un gros pois, située sur le front, sur la ligne médiane, à égale distance de la naissance des sourcils, à deux travers de doigt au-dessus de la racine du nez.

La tumeur a grossi insensiblement, si bien que la jeune femme ne peut pas préciser avec exactitude l'époque du début de l'affection. Cette grosseur indolente, mobile sur le plan profond, donne par son aspect l'apparence d'un petit kyste sébacé.

L'ablation est pratiquée à l'anesthésie locale.

L'analyse microscopique montre qu'il s'agit d'une tumeur mixte.

La coupe représente la totalité de la petite tumeur. La tu-

meur est partout limitée par une enveloppe conjonctive qui lui forme une sorte d'adventice. Le tissu néoplasique est constitué par des éléments épithéliaux.

Les formations épithéliales sont tantôt pleines et tantôt creuses, pseudo-glandulaires et ramifiées.

Les formations pleines montrent par endroits des boules de matière amorphe autour desquelles s'ordonnancent les cellules; elles réalisent l'aspect dit de cylindrome.

Les formations creuses sont bordées par deux rangées de cellules cubiques.

Il n'y a nulle part de mitoses, on ne voit aucune cellule monstrueuse.

Il n'y a pas de tissu cartilagineux.

Par endroits, le tissu conjonctif, plus lâche, comme dissocié, est formé de cellules étoilées anastomosées les unes avec les autres, ce qui réalise un aspect myxoïde.

OBSERVATION N° 7

Tumeur mixte de la joue gauche avec aspect cylindromateux. (Des tumeurs mixtes de la face. P. MOULONGUET et A. PEYNET. Obs. VI. *Annales d'Anat. Patho.*, décembre 1927.)

Un soldat, en décembre 1916, se présente à M. Lecène pour se faire enlever une petite tumeur située à la joue gauche.

Cette nodosité indolore, mobile sur les plans profonds, a grossi, dit-il, lentement, et il y a bien cinq ans qu'il a constaté sa présence.

Pas de réaction ganglionnaire.

La petite tumeur, de la grosseur d'une bonne noisette, située profondément dans les tissus de la joue, ne semble présenter de fluctuation en aucun point; trop dure pour être un lipome, elle n'est pas assez superficielle pour être un kyste sébacé, c'est cependant ce dernier diagnostic qui paraît le plus probable.

On pratique l'énucléation à l'anesthésie locale.

Cette tumeur, située dans l'hypoderme, nettement séparée

de la peau et des phanères qui apparaissent à l'extrémité d'une des coupes, est constituée par du tissu épithélial et du tissu scléreux et myxoïde.

Le tissu épithélial est formé tantôt par des amas pleins, tantôt par des tubes et des cavités revêtues de deux couches très régulières de cellules cubiques. La plus interne de ces couches prend fréquemment l'aspect endothélial, avec des noyaux aplatis. La couche externe, au contraire, est cylindrique et régulière.

Dans les amas pleins existent des blocs collagènes massifs et d'aspect homogène autour desquels les éléments épithéliaux se groupent pour donner des aspects de cylindre. Dans les plages où le tissu conjonctif a l'aspect myxoïde, les éléments épithéliaux sont dissociés et se retrouvent à l'état de cellules isolées.

En un point existe un lobule très net d'épithélium pavimenteux dont les cellules subissent l'évolution cornée progressive avec charge de leur protoplasma par des granulations de kératohyaline, reproduisant tout à fait les aspects de l'épiderme.

L'épithélium pavimenteux se retrouve en d'autres endroits en continuité avec le tissu cylindrique.

Ces tumeurs, en dehors de leur topographie, ne présentent cliniquement aucun aspect caractéristique.

Elles sont d'un petit volume, de consistance ferme, indolores, mobiles sur les plans profonds, ayant un aspect bosselé, une surface irrégulière qui adhère parfois à la peau.

Il n'existe pas de ganglions.

Ce sont là tous les caractères d'un kyste sébacé; comme ce dernier est de constatation banale, c'est le diagnostic qui habituellement vient le premier à l'esprit.

Seule, la topographie particulière de ces tumeurs pourrait attirer l'attention sur leur nature mixte : elles siègent au voisinage des lignes de soudure des fentes embryonnaires. On les retrouve : dans la région frontale, en rapport avec la fente frontale; au niveau de la joue et du pli

naso-génien, le long de la fente lacrymo-nasale et inter-maxillaire; enfin dans la région mentonnière.

Ce sera l'examen histologique de la pièce opératoire qui permettra le diagnostic précis de tumeur mixte; ce sera uniquement cet examen histologique qui révélera la nature cylindromateuse de certaines de ces tumeurs.

Ces tumeurs commandent une exérèse chirurgicale, qui, pratiquée sous anesthésie locale, sera d'autant plus facile qu'il existe presque toujours une capsule nette.

Le pronostic de telles tumeurs est bénin, réserve faite par la possibilité de récidence.

P. MOULONGUET, se basant sur la notion de topographie, se rallie à la thèse de l'enclavement tissulaire, vraisemblablement à un stade très précoce : il s'agirait donc de dysembryoplasies.

CYLINDROMES DES GLANDES SALIVAIRES PRINCIPALES

Il a été publié de nombreux cas de cylindromes des glandes salivaires principales. Cette localisation nous a paru très fréquente. Rappelons d'ailleurs que c'est en examinant une tumeur de la glande sublinguale que MALASSEZ a précisé, dans une étude demeurée classique, les caractères histologiques du cylindrome.

Ces cylindromes s'observent surtout au niveau de la parotide et, d'une façon moins fréquente, au niveau des glandes sous-maxillaires et sublinguales.

Nous ferons précéder notre étude anatomo-clinique de cette variété de cylindrome par la relation de sept cas que nous avons eu l'occasion d'observer : cinq à localisation parotidienne; deux à localisation sous-maxillaire.

OBSERVATION N° 8

Cylindrome de la glande sous-maxillaire. (Inédite. Prof. F. LEMAITRE.)

M. A..., 50 ans, fait remonter le début de son affection à 1928, époque à laquelle il accuse des élancements douloureux dans la langue et de l'otalgie gauche. Ces phénomènes douloureux à type névralgique, s'exagèrent progressivement pour prendre un caractère permanent. Puis notre malade constate l'apparition au niveau de la région sous-maxillaire gauche d'une tumeur indolente, à évolution lente, pour laquelle il

se décide à consulter en raison du développement que prend cette tuméfaction.

Lorsque nous le voyons, en 1932, étant donné le siège et le caractère évolutif de cette tumeur qui est assez bien limitée et de consistance dure, nous portons le diagnostic de tumeur mixte de la glande sous-maxillaire, tumeur plus rare, on le sait, au niveau de cette glande qu'au niveau de la parotide.

L'exérèse chirurgicale, faite le 24 décembre 1932, sous anesthésie locale (Professeur F. LEMAITRE), semble confirmer ce diagnostic. Il s'agit d'une tumeur siégeant au niveau même de la glande, tumeur encapsulée, facilement clivable, sauf en un point, et que l'on enlève en même temps que la sous-maxillaire. Il est assez difficile de préciser les rapports qui existent entre la glande et la tumeur car si, dans son ensemble, la tumeur semble juxta-glandulaire, il n'est pas possible d'affirmer qu'elle n'est pas, en certains points, partiellement intra-glandulaire.

Compte rendu de l'examen histologique, décembre 1932, (Docteur ARDOIN).

Premier fragment. — Une capsule limite ce fragment, capsule de tissu fibreux bien organisé et relativement épaisse, qui a gardé sur toute l'étendue du fragment prélevé toute son intégrité. Le prélèvement opératoire n'a pas intéressé l'épiderme.

Immédiatement au-dessous de la capsule fibreuse, le fragment paraît divisé en lobes et en lobules, par des prolongements de collagène émanés de la capsule. Présence de cordons cellulaires formés d'éléments très régulièrement arrondis ou ovalaires, et circonscrivant une très grande quantité de cavités plus ou moins cylindriques; les cordons cellulaires sont eux-mêmes plus ou moins épais suivant les régions considérées, mais ne prennent jamais l'aspect de nappes cellulaires étendues et homogènes. Ces cordons sont creusés de cavités parfois volumineuses et remplies d'une sécrétion ayant toutes les affinités tinctoriales du mucus.

Présence de cavités de sécrétion exocrine, au niveau de ces cordons cellulaires. A peu près partout, les travées sont défor-

mées par de très nombreux et très serrés corps oviformes; ailleurs, l'extrémité de certains axes conjonctifs s'épanouit pour aboutir à la fusion de plusieurs corps oviformes.

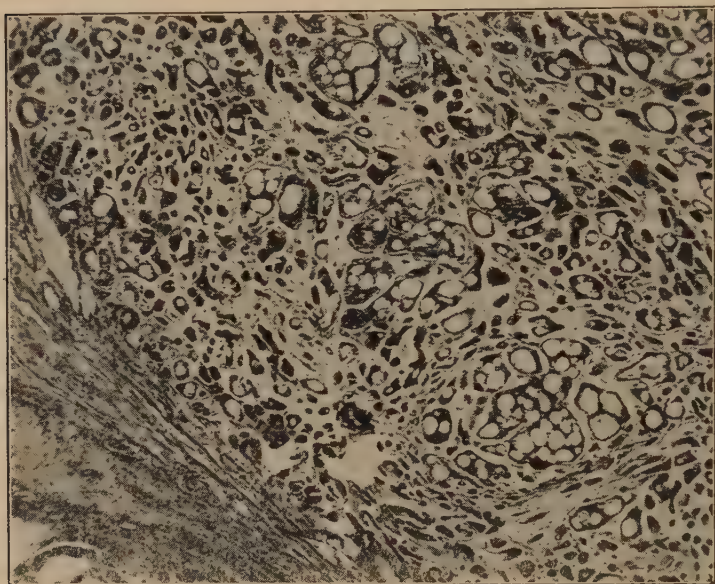


FIG. 5. — Obs. N° 8. Vue d'ensemble.

On peut suivre dans la préparation toutes les étapes de la transformation muqueuse.

Au contact des cellules épithéliales, le stroma est lâche et imprégné de substance mucoïde.

Ailleurs, le tissu conjonctif est dense, bien vascularisé, et prend l'aspect plus hyalin que scléreux.

Conclusion : aspect caractéristique de cylindrome.

Deuxième fragment. — Ganglion normal.

Après cette intervention, l'amélioration des signes fonctionnels est des plus nettes : amélioration de courte durée puisqu'un an plus tard les douleurs reprennent, l'otalgie réapparaît. On assiste à une récurrence tumorale.

En novembre 1934, nouvelle exérèse sous anesthésie locale.

Cette fois, l'encapsulation est moins net : l'intervention, très large, intéresse une partie de la muqueuse du plancher buccal, d'où communication de la plaie avec la cavité buccale qui se refermera progressivement d'elle-même au cours des pansements.

Compte rendu de l'examen histologique. 24 novembre 1934 (Docteur ARDOIN).

Deux fragments de pièce opératoire.

Les différents fragments prélevés revêtent tous le même aspect et se montrent entourés d'une véritable gaine musculaire striée sur au moins l'un de leur bord. Ces fragments comportent une structure lobulée, chaque lobule étant nettement circonscrit par une travée conjonctive comportant d'assez nombreux vaisseaux. La tumeur montre à peu près par-

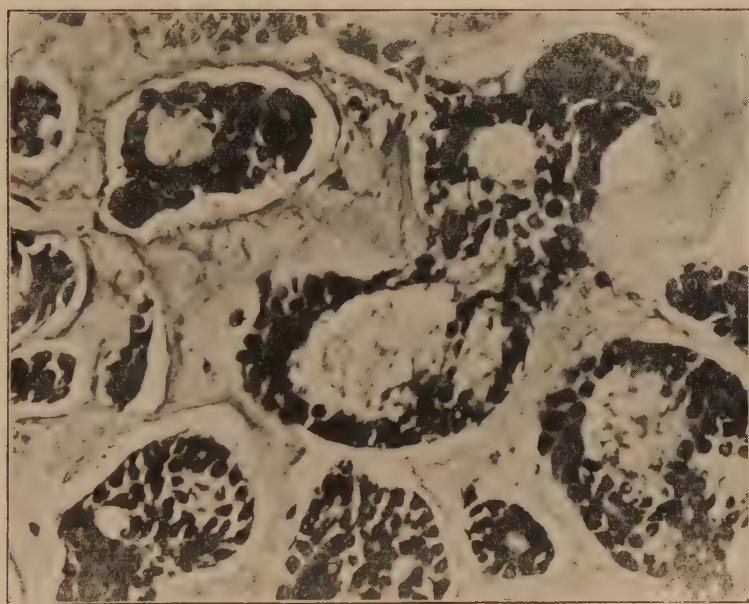


FIG. 6. — Obs. N° 8. Etat muqueux.

tout la même uniformité : elle est formée de cavités très irrégulières de forme et de volume, bordées suivant les endroits par une ou plusieurs rangées de cellules basophiles; ces cavi-

tés contiennent une substance amorphe, faiblement acidophile. L'ensemble des préparations rappelle assez bien l'aspect du cylindrome ; en certains points, les cavités sont absolument tassées les unes contre les autres et ne sont nullement séparées par des axes conjonctifs. En d'autres, un stroma conjonctif fibroblastique, sans dégénérescence mucoïde, vient s'interposer entre les cavités. Ailleurs enfin, les amas cellulaires ou cavités bordées de cellules basophiles, sont séparés par des axes conjonctivo-vasculaires en dégénérescence mucoïde réalisant le type cylindromateux vrai. En de rares endroits, les cellules basophiles sont encore groupées en amas pleins ; ces cellules, souvent étoilées et pourvues de prolongements multiples, revêtent l'aspect adamantinoïde ; nulle part il n'est possible d'observer la maturation épidermoïde.

Un endroit périphérique de la préparation montre un effondrement de la capsule par la tumeur et la dissémination d'éléments tumoraux dans le tissu musculaire strié groupé en faisceaux importants. Pas d'aspect myxoïde ou pseudo-cartilagineux : la structure normale de la glande n'est plus identifiable.

En certains endroits, présence de plages hyalinisées, de flaquas hémorragiques diffuses avec présence de pigment ferrugineux.

En résumé, aspect de cylindrome glandulaire.

Depuis, le malade a été régulièrement examiné tous les mois. C'est un an plus tard, en décembre 1935, que l'on se décide à réintervenir *une troisième fois*, devant l'apparition d'une masse extrêmement dure dans la partie antérieure de la loge sous-maxillaire.

A l'intervention, faite sous anesthésie locale (Prof. F. LEMAITRE, Y. LEMAITRE), cette masse d'aspect nettement tumoral, est noyée dans un tissu fibreux cicatriciel et ne présente plus aucune limite précise. Elle adhère fortement à la table interne du maxillaire inférieur, mais cette dernière est intacte. Cicatrisation rapide de la plaie opératoire.

Compte rendu de l'examen histologique : décembre 1935 (Docteur ARDOIN).

Le fragment principal comporte une tumeur épithéliale grossièrement limitée par une capsule plus ou moins épaisse suivant les endroits, cette capsule n'existant d'ailleurs que sur les deux tiers du pourtour de la tumeur. Ailleurs, la capsule se montre *envahie*, puis effondrée, laissant alors apercevoir de nombreuses coulées néoplasiques envahissant le tissu conjonctif, puis le tissu musculaire sous-jacent. *A grande distance, et en plein tissu musculaire, de nombreux éléments néoplasiques* sont absolument inclus en pleine masse mésenchymateuse.

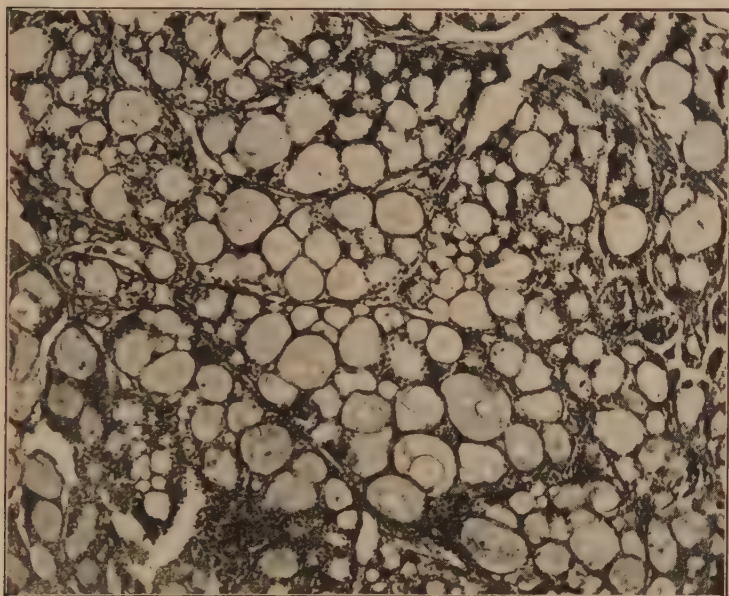


FIG. 7. — Obs. N° 8. Corps oviformes.

Les éléments néoplasiques épithéliaux répondent à deux aspects :

1) Cellules très basophiles, d'allure assez polymorphe : ovaires, ovoïdes, cunéiformes, étoilées avec fins prolongements cytoplasmiques leur donnant un aspect pseudo-adamantinoïde ; ces cellules sont groupées en amas ou le plus souvent disposées sur une ou plusieurs couches, se trouvant alors ordon-

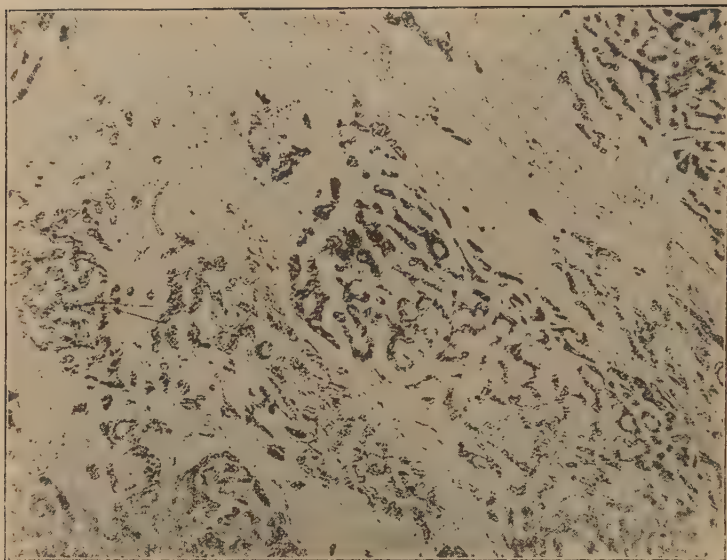


FIG. 8. — *Obs. N° 8.*
Flaques hyalines dissociant les éléments cylindromateux.

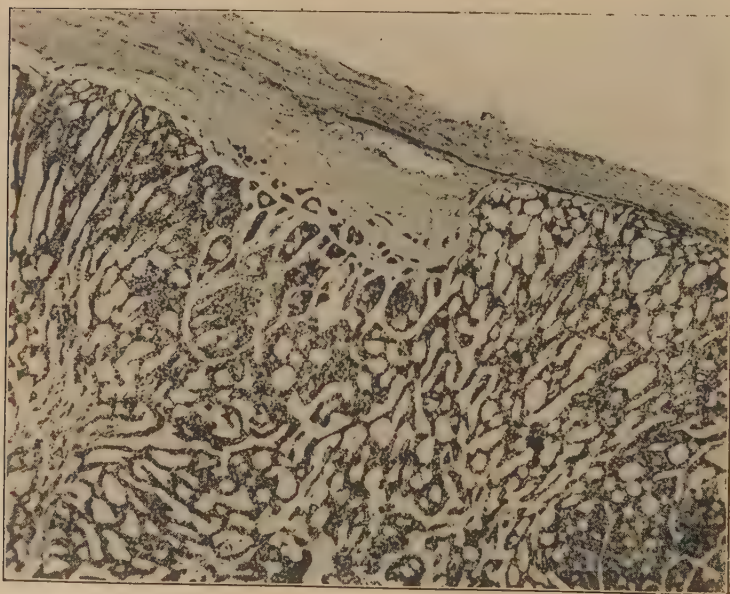


FIG. 9. — *Obs. N° 8.* La capsule limitant la tumeur.

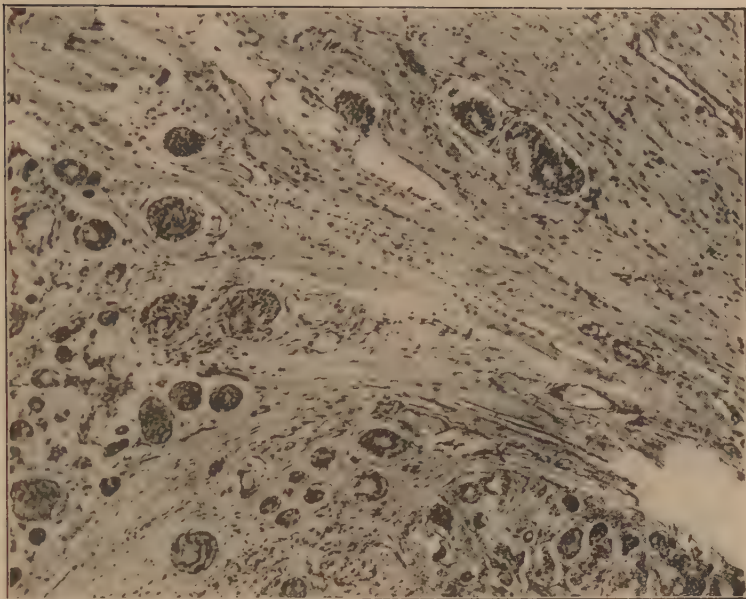


FIG. 10. — *Obs. N° 8.* Dissémination des éléments néoplasiques en plein muscle, à distance de la tumeur principale.

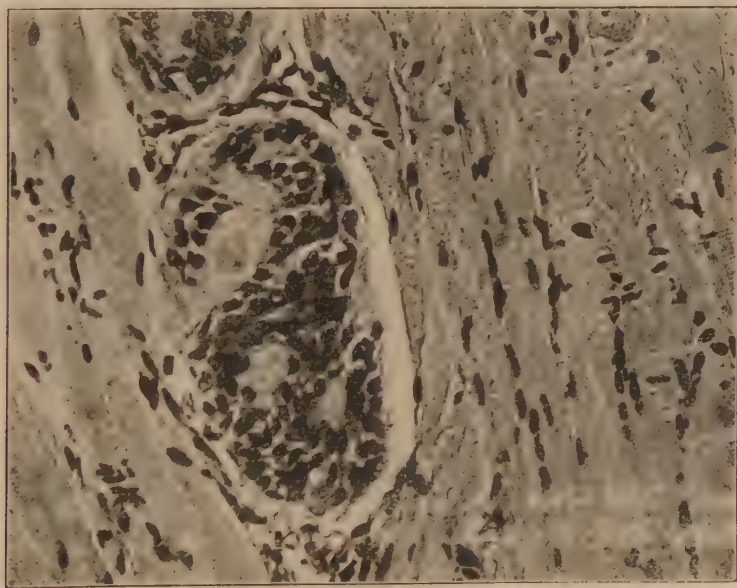


FIG. 11. — *Obs. N° 8.* Zone musculaire et éléments néoplasiques (Fort Gross).

nées autour de véritables corps oviformes remplis le plus souvent d'une substance amorphe peu homogène et légèrement acidophile. La substance fondamentale est réduite à sa plus simple expression, des zones se montrant entièrement formées par des cavités de sécrétion multiples; mais on retrouve malgré tout en quelques endroits, des cordons absolument inclus dans une substance homogène, hyaline, formant un véritable étui muqueux à ces cordons.

2) Ailleurs, ceci surtout à la périphérie du fragment, les éléments se retrouvent sous la forme de petites colonnes néoplasiques isolées, sans formation de cavités sécrétoires, ces éléments disséminés dans une substance d'apparence mucoïde.

Quelques très rares mitoses ont pu être relevées; jamais de monstruosité nucléaires ou cytoplasmiques. Les éléments néoplasiques contenus dans le tissu musculaire sont beaucoup moins évolués, mais l'ordination en corps oviforme peut être néanmoins retrouvée.

Les deux fragments secondaires ne comportent que des masses de tissu collagène et musculaire; l'un d'eux, prélevé à grande distance de la tumeur principale, comporte, lui aussi, un îlot de cellules néoplasiques creusé de plusieurs cavités; cet îlot est absolument enfoui en pleine masse musculaire.

En résumé : cylindrome à l'état de pureté, *effondrement de la capsule* par les éléments néoplasiques et *dissémination de ces éléments à grande distance*.

Etant donné les renseignements fort importants que nous fournit cet examen au point de vue de la dissémination des éléments néoplasiques, on décide de pratiquer une opération complémentaire beaucoup plus large, sous anesthésie générale (Rectanol). L'intervention (mars 1936) est complétée par la mise en place, dans la brèche opératoire, d'un tube de radium laissé pendant trois jours.

Depuis, le malade est régulièrement suivi; quatre mois plus tard, il ne paraît pas y avoir de récurrence.

OBSERVATION N° 9

Tumeur mixte de la parotide, avec aspect cylindromateux.
(Inédite. Prof. F. LEMAITRE.)

Mlle V..., 40 ans, se présente à nous en mars 1935 avec une petite mais classique tumeur mixte de la parotide, du côté gauche. Cette tumeur serait apparue en janvier 1931 et était, à cette date, de la grosseur d'une olive. Elle est restée stationnaire jusqu'en août 1934, époque à laquelle elle augmenta quelque peu de volume.

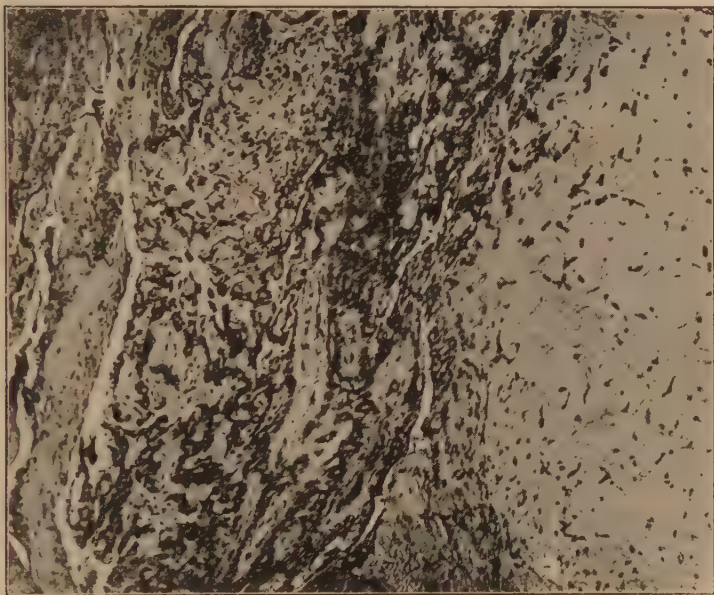


FIG. 12. — Obs. N° 9. Tumeur mixte cylindromateuse.

La malade se décide alors à subir une intervention chirurgicale qui fut pratiquée le 3 avril 1935.

L'intervention (Professeur F. LEMAITRE), sous anesthésie locale, est facile; la tumeur intra-parotidienne est parfaitement encapsulée; elle atteint la grosseur d'une noix. A noter toutefois qu'en certains points, la capsule est mince, qu'elle

se rompt au cours des manœuvres d' « accouchement » et qu'une partie du contenu, très friable, se répand dans la cavité opératoire.

Suites opératoires normales; pas de paralysie, ni de parésie du facial. Pas de récurrence depuis l'intervention qui ne date, il est vrai, que de quinze mois.

Compte rendu histologique (Docteur ARDOIN).

Analyse de dix fragments de pièce opératoire. Tous les fragments soumis à l'examen histologique correspondent au même type de description. Ils sont tous constitués d'éléments épithéliaux et de tissu mésenchymateux; la seule différence observée d'un fragment à l'autre est la prédominance de tel ou tel autre élément tissulaire dans ces fragments.

Le tissu épithélial forme des travées plus ou moins larges, comportant des anastomoses et ramifications multiples, et constituées de cellules ovalaires basophiles toutes semblables, ne subissant ni kératinisation ni parakératose. Ces cellules ne présentent aucune différenciation épidermoïde; elles ne comportent pas de filaments inter-cellulaires. Elles ont le plus souvent un aspect monomorphe et sont dépourvues d'activité karyocynétique. D'autres travées sont formées de cellules polygonales ou cubiques sans différenciation précise. Ces cellules comportent un cytoplasme homogène et faiblement acidophile. Le plus fréquemment on observe des formations tubuleuses bordées par une ou plusieurs rangées de cellules épithéliales basophiles, et contenant une substance coagulée dont les réactions tinctoriales restent peu précises. Les cellules bordant ces cavités ont la même différenciation que celles des cordons signalés plus haut. Elles ne comportent ni atypies nucléaires ou cytoplasmiques, ni mitoses. L'aspect général de la tumeur rappelle celui d'un cylindrome; on peut observer par places une transformation hyaline des travées conjonctives séparant les cavités, mais il est impossible de retrouver nulle part de figures de dégénérescence d'axes conjonctifs propres. En certaines zones enfin, les cellules épithéliales peu différenciées, se trouvent disséminées dans une substance hyaline, et encore réunies par de multiples et délicats prolongements.

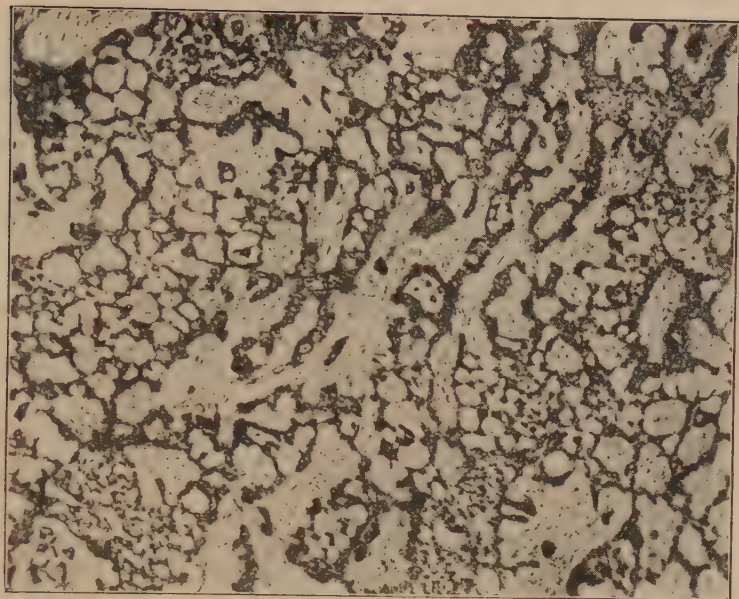


FIG. 13. — *Obs. N° 9.* Zone cylindromateuse.

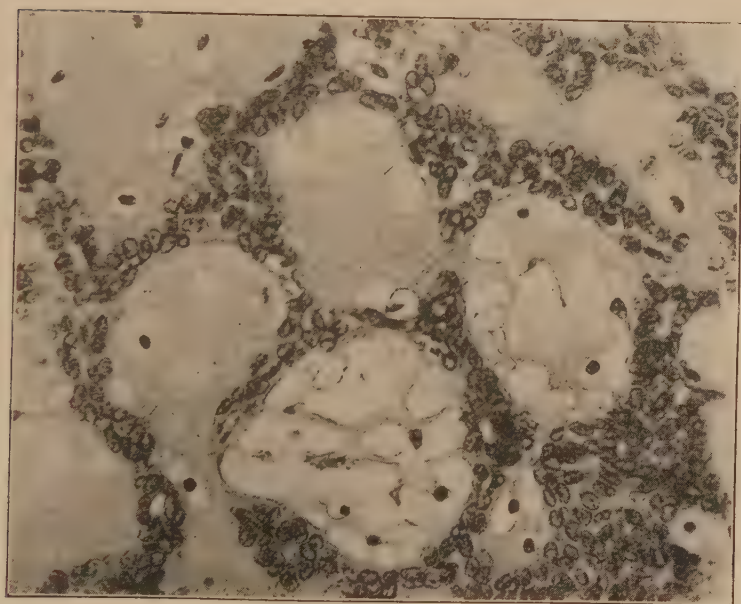


FIG. 14. — *Obs. N° 9.* Cylindrome : état muqueux.

Pauvreté de la substance fondamentale sur la plupart des fragments. On peut observer quelques plages de substance mucoïde lâche et peu colorable par les teintures usuelles, contenant quelques éléments cellulaires étoilés, constituant des aspects pseudo-myxôides. Par contre, certains fragments sont constitués de substance homogène, ayant une certaine ressemblance avec la chondrine, et parmi laquelle on observe des cellules arrondies, ovalaires ou étoilées, offrant l'aspect de pseudo-chondroblastes. Absence totale de périchondre à la périphérie où l'on constate un effilochage précis des éléments épithéliaux.

En résumé : tumeur mixte, à évolution pseudo-cylindromateuse, présentant des modifications pseudo-myxôides et pseudo-cartilagineuses du stroma.

OBSERVATION N° 10

Tumeur mixte de la parotide avec aspect cylindromateux.
(Inédite. Prof. F. LEMAITRE.)

M. J..., 55 ans.

Cette observation est calquée en tout point sur la précédente.

Même aspect de tumeur mixte de la région parotidienne gauche; de la taille d'une grosse noix, étant apparue cinq ans auparavant et n'occasionnant aucun trouble.

Intervention le 4 janvier 1935 (Prof. F. LEMAITRE). Sous anesthésie locale : incision très postérieure, rétro et sous-angulo-maxillaire, au pôle postéro-inférieur de la parotide; énucléation assez facile, car il existe partout un plan de clivage.

Suites opératoires : pas de paralysie, ni de parésie du VII. Petite fistule donnant issue à une sérosité rougeâtre qui se ferme spontanément trois semaines plus tard.

Le malade qui, depuis son opération, est suivi très régulièrement, ne présente pas trace de récurrence.

Compte rendu de l'examen histologique (Docteur ARDOIN).

Analyse de 9 fragments. Tous les fragments ne comportent

que du tissu envahi par la tumeur et il est impossible de retrouver parmi eux quelques aspects de glande normale; tumeur nettement encapsulée — capsule fibreuse parfois épaisse, dans laquelle et au-dessous de laquelle on peut voir quelques amas lymphoïdes disséminés. La tumeur est constituée de deux ordres de tissus : tissu épithélial et mésenchymateux comportant des aspects plus ou moins variés suivant les points considérés. En outre, dans une même préparation, prédominent alternativement des formations épithéliales ou conjonctives.

Le plus souvent, la disposition des éléments épithéliaux correspond à des formations acineuses ou canaliculaires; ces

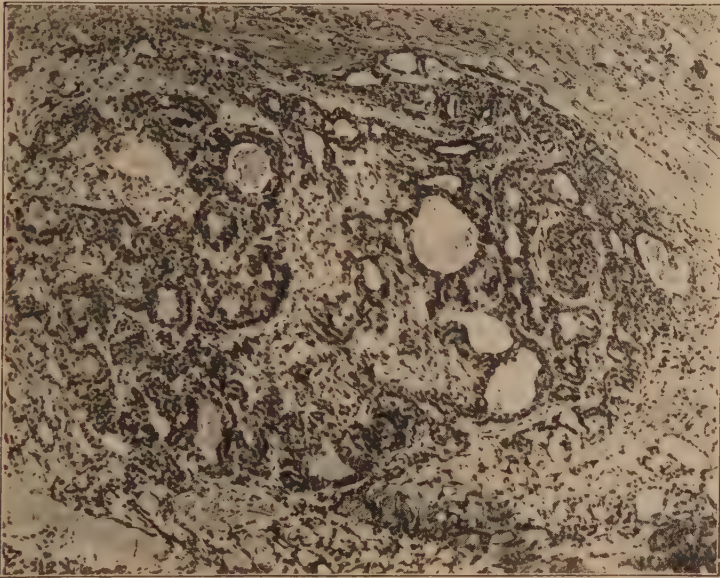


FIG. 15. — Obs. N° 10.
Acini kystiques et allure générale de pseudo-cylindrome.

éléments, souvent clairsemés, sont réduits à quelques travées ou amas cellulaires dans un stroma abondamment développé; les cellules répondent au type cubique ou polygonal sans différenciation bien précise; parfois déformées, elles sont nettement anguleuses ou cunéiformes; certaines travées comportent d'assez nombreuses cavités glandulaires plus ou moins

volumineuses, à contenu homogène, ayant les réactions du mucus ou de la colloïde. Les cellules épithéliales se trouvent alors disposées autour de cavités au centre desquelles on trouve quelque bloc mucoïde rétracté. Ailleurs, régions adénomateuses avec tubes glandulaires à revêtement épithélial simple ou stratifié et doublé d'une gaine conjonctive bien nette. Ces formations contiennent elles-mêmes un coagulum homogène ayant les réactions tinctoriales de la mucine. On ne peut observer nulle part de phénomènes de kératinisation ou de parakératose.

Le stroma interstitiel est lui-même excessivement différent d'aspect d'une zone à l'autre et ses rapports avec le tissu épithélial sont très variables. En certains endroits (pour la plupart des cas), dislocation et effilochage des éléments épithéliaux dans une substance lâche, de type muqueux, peu colorable, avec cellules étoilées disséminées, réalisant l'aspect pseudo-chondroïde. Enfin, en d'autres endroits, tissu conjonctif banal, riche en collagène; tous ces différents aspects correspondant à des stades d'évolution tumorale.

OBSERVATION N° 11

Tumeur mixte de la glande sous-maxillaire à évolution cylindromateuse. (Inédite. Prof. F. LEMAITRE.)

Mme F..., 28 ans, a présenté en 1926 une tumeur mixte de la glande sous-maxillaire qui a été opérée une première fois en février 1927, puis, à la suite d'une première récurrence, en novembre 1929.

Le hasard nous a permis de retrouver le compte rendu et les coupes histologiques de cette tumeur : il s'agissait d'une banale tumeur mixte développée aux dépens d'une glande salivaire.

Après le deuxième acte opératoire, la malade subit un traitement par des agents physiques dont nous reproduisons les différentes phases.

Première irradiation. — Du 28 novembre au 7 décembre 1929 :

Sur appareil moulé (cire Columbia), on place au niveau de la région angulo-maxillaire, à 3 centimètres de la peau, des foyers de radium élément dans leur gaine platine-or de 1 mm. 5 de rayon, comme suit :

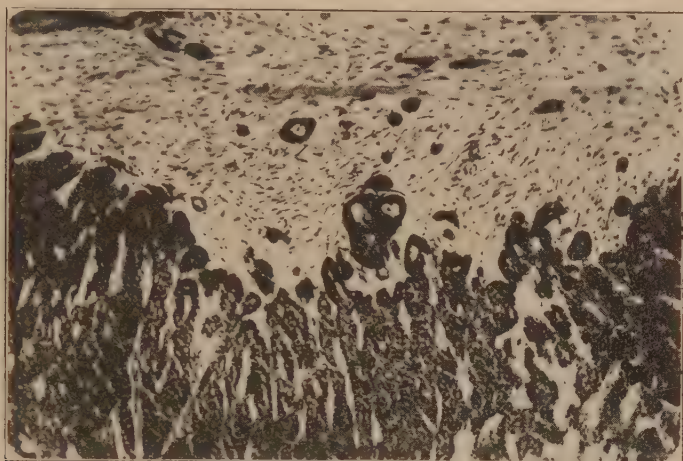


FIG. 16. — Obs. N° 11. Capsule et éléments néoplasiques.

a) Durant deux jours, 28 novembre au 1^{er} décembre : 22 milligrammes; ce qui donne une irradiation de 3 *mcd.* 96 par 24 heures. Pour les deux jours, la dose totale était de 7 *mcd.* 92.

b). Durant 6 jours, du 1^{er} au 7 décembre, 67 milligrammes: 12 *mcd.* 06 par 24 heures. Pour six jours, la dose totale était de 72 *mcd.* 36.

Au total, l'irradiation des huit jours fut de 80 *mcd.* 28.

Deuxième irradiation. — Du 17 mars au 28 mars 1930.

Durant onze jours (moins 4 heures), la malade a reçu l'irradiation de 47 milligrammes élément, placés en foyer à 3 centimètres de la peau, sur moule en pâte Colombia, dans la région sous-angulo-maxillaire.

Dose pour 24 heures : 8 *mcd.* 50.

Dose totale : 92 *mcd.*

Résultats cliniques. — Légère radiodermite et importante radio-mucite. Les deux nodules constatés avant le traitement ne sont plus perçus. (Docteur AMAN-JEAN.)

De plus, la malade subit plusieurs séances de radiothérapie aux dates suivantes :

Du 11 au 24 décembre 1930 : dose : 7,625 R.

Du 2 au 16 mai 1931 : dose : 4.250 R. (Docteur NEMOURS-AUGUSTE.)

Ce n'est qu'en mai 1932 que le Professeur LEMAITRE voit cette malade pour la première fois. Elle présente une récurrence apparue depuis peu.

Femme jeune, en parfait état général, malgré l'existence ancienne d'une tuberculose pulmonaire fibreuse.

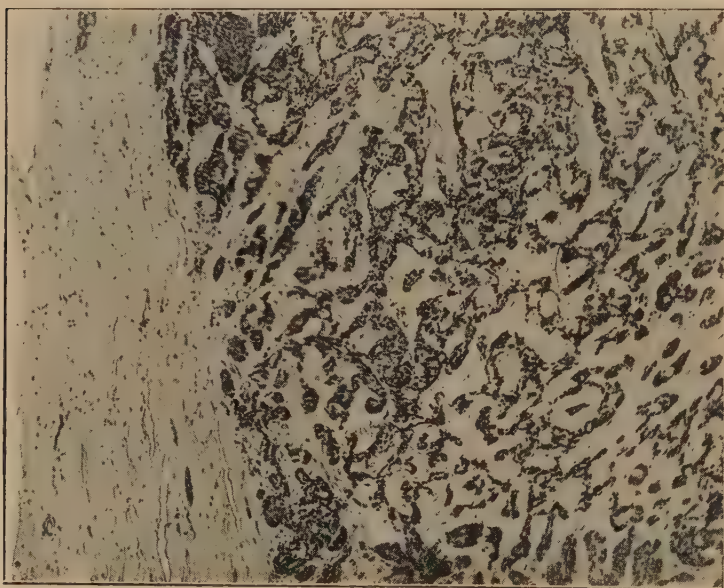


FIG. 17. — Obs. N° 11. Cylindrome pur et capsule.

Localement, on note au niveau de la région sous-maxillaire gauche l'existence d'une cicatrice opératoire, le long du bord inférieur du maxillaire.

La région sous-angulo-maxillaire est soulevée par une masse dure qui n'adhère pas aux téguments. La peau présente un aspect téléangiectasique en rapport avec les irradiations précédentes.

Examen endo-buccal : la muqueuse du plancher de la bou-

che est soulevée et bombe fortement au niveau du sillon alvéolo-lingual. Il n'y a pas d'ulcération.

Le palper bi-digital permet d'apprécier l'existence de différentes nodosités de consistance dure, mais ne permet pas de différencier, dans cette infiltration tumorale, ce qui revient à la tumeur et ce qui appartient au tissu fibreux cicatriciel.

Un chirurgien que la malade a consulté quelque temps auparavant, lui a proposé une exérèse extrêmement large et mutilante, d'enlever en bloc et la masse tumorale et une partie du maxillaire inférieur. Etant donnée la nature de la tumeur, l'âge et le sexe de la malade, le Professeur LEMAITRE décide

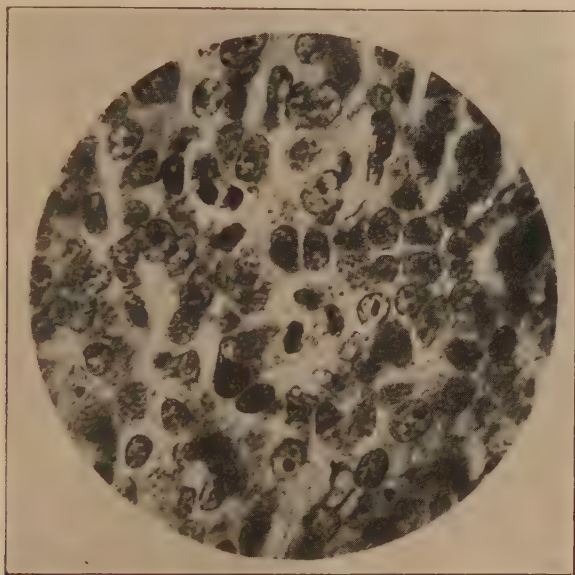


FIG. 18. — Obs. N° 11. Mitoses.

de tenter une exérèse large, mais la moins mutilante possible.

L'intervention a lieu le 20 mai 1932 (Prof. F. LEMAITRE), sous anesthésie générale. Incision le long du bord inférieur du maxillaire inférieur. On libère et on enlève en bloc la tumeur noyée dans du tissu fibreux avec une masse ganglionnaire adjacente. Du côté buccal la masse se laisse facilement cliver de la muqueuse en certains points, y adhère en d'autres, ce

qui oblige à sacrifier une partie de la muqueuse du plancher buccal. Le maxillaire inférieur est mis à nu sur une assez grande étendue au niveau de sa table interne. Suture partielle.

La pièce opératoire est conservée pour examen histologique.

Compte rendu de l'examen histologique (Docteur ARDOIN).

Premier fragment : limité par aucune bande épithéliale, pavimenteuse ou cylindrique; ce fragment semble prélevé en pleine masse néoformée; il est formé de lobes et de cordons cellulaires à petites cellules très régulièrement arrondies ou ovalaires. Ces cordons sont plus ou moins épais suivant les régions considérées; ils sont séparés par des cloisons conjonctives plus ou moins compactes.

Présence de cavités de sécrétion exocrine au niveau des cordons néoplasiques. En certains endroits, les travées sont déformées par la présence de nombreux corps oviformes.

Ailleurs, l'extrémité de certains axes conjonctifs s'épanouit pour aboutir à la fusion de plusieurs corps oviformes. Pas de formations kératosiques ou parakératosiques.

Au contact des cellules épithéliales, le stroma est lâche et imprégné de mucus.

Dans l'ensemble, le fragment est assez peu vascularisé.

Deuxième fragment : prélevé en plein tissu lymphoïde, mais l'architecture est complètement bouleversée. Le tissu lymphoïde tient une place relativement restreinte par rapport aux lésions très organisées de sclérose.

De nombreux *follicules tuberculeux* ont évolué au voisinage les uns des autres et confluent vers un même conglomérat. Très nombreuses cellules épithélioïdes. On peut observer une véritable sclérose d'encerclement tout autour du foyer caséeux.

Très nombreuses plages de tissu hyalinisé.

Conclusion : Cylindrome et tuberculose.

Suites opératoires : La communication avec la cavité buccale se fermera progressivement au cours des pansements. La cicatrisation cutanée est parfaite, mais l'os reste partiellement dénudé en regard de la dent de 6 ans.

L'os dénudé se séquestrera et, le 4 janvier 1933, une intervention très limitée permettra de cueillir la portion osseuse en voie de nécrose.

La malade est régulièrement suivie. La guérison se main-

tient pendant plus d'un an. L'état général de la malade est parfait. Pendant ce laps de temps elle conduit à bien une grossesse, accouche normalement, nourrit elle-même son enfant malgré l'interdiction qui lui en a été faite.

En octobre 1934, nouvelle alerte. Il est apparu depuis peu, dans la partie toute postérieure de la loge sous-maxillaire, deux nodosités dures, bien circonscrites, qui empiètent dans la gouttière carotidienne. On craint une récurrence du cylindrome.

Une nouvelle exérèse est acceptée par la malade. Sous anesthésie locale, on enlève ces nodosités suspectes qui sont des ganglions crétacés en continuité avec d'autres ganglions plus mous, non perceptibles cliniquement, et qui sont plaqués sur le flanc externe de la veine jugulaire.

Compte rendu de l'examen histologique (Docteur ARDOIN).

Fragment de tumeur et deux ganglions. — Le premier ganglion ne montre que des lésions d'inflammation aiguë avec cordons et sinus dilatés remplis de polynucléaires et de lymphocytes. La schématisation folliculaire lymphoïde avec centres germinatifs est encore parfaitement reconnaissable.

Le deuxième ganglion montre l'existence d'une *tuberculose folliculaire* typique avec de nombreuses nappes, parfois volumineuses, de cellules épithélioïdes et de nombreuses plages de caséification ; présence de quelques formations giganto-cellulaires typiques. La périphérie de l'organe montre les mêmes lésions inflammatoires signalées plus haut pour le premier ganglion examiné.

Le troisième fragment appartient à une tumeur mixte de glande salivaire, à évolution pseudo-cylindromateuse et montre une tumeur nettement encapsulée et circonscrite par une épaisseur assez considérable de tissu collagène.

Cette tumeur est constituée d'amas pleins ou de cordons constitués de cellules basophiles plus ou moins serrées ; la forme canaliculaire alterne avec des aspects de forme acineuse et cylindromateuse. En certaines zones, cavités très irrégulières de forme et de volume, bordées suivant les endroits par

une ou plusieurs rangées de cellules basophiles ; ces cavités contiennent une substance amorphe faiblement acidophile.

Entre ces éléments épithéliaux glandulaires, le tissu interstitiel présente des aspects très différents : fibroblastique ou dégénérescence mucoïde. Pas de maturation épidermoïde, pas d'aspect myxoïde ou pseudo-cartilagineux.

La structure de la glande n'est plus identifiable.

En résumé :

- 1) Tuberculose ganglionnaire typique ;
- 2) Tumeur mixte glandulaire à évolution pseudo-cylindromateuse.

La malade est revue régulièrement tous les deux ou trois mois.

Ces examens périodiques permettent de surprendre tout à son début une récurrence tumorale. En janvier 1936, apparition d'un nodule du volume d'un pois au niveau de la loge sous-maxillaire antérieurement évidée.

Le 6 février 1936, le Professeur Lemaître réintervient une fois encore et pratique une exérèse aussi large que possible de la récurrence.

La malade revue dernièrement ne présente pas de récurrence cliniquement décelable.

Compte rendu du dernier examen histologique (Docteur ARDOIN).

Trois fragments principaux.

Le premier fragment, assez important, ne se montre nulle part revêtu d'épithélium. Il comprend toute une bande de tissu conjonctif assez pauvre en vaisseaux et dans laquelle se trouvent épars ou groupés en une infinité de petits lobules, des éléments épithéliaux. Ces éléments épithéliaux, ordonnés en cordons ou en amas pleins, sont constitués de cellules cylindro-cubiques ou cubiques basophiles parfois déformées par tassement réciproque, ces cellules rappelant d'assez près celles de l'assise externe des acini glandulaires normaux, et les cellules formant le revêtement des canaux excréteurs extra-lobulaires ; elles sont franchement foncées et basophiles, avec réseau nucléaire chromatinien délicat et poussiéreux ; leurs limites cytoplasmiques sont très imprécises ; quelques mitoses peuvent

être observées absolument au hasard ; absence de monstruosités cellulaires, nucléaires ou cytoplasmiques. Ces cellules bordent assez fréquemment des cavités de sécrétion contenant une substance éosinophile homogène et foncée. Tous ces lobes ou cordons sont inclus dans une masse conjonctive commune très rarement riche en fibroblastes ; le plus souvent, c'est une masse homogène, avec remaniement secondaire hyalin, dans laquelle certains éléments néoplasiques paraissent absolument enfouis.

Dans l'ensemble, vaisseaux peu abondants. Toute une partie de la préparation ne comporte absolument pas d'éléments épithéliaux, et le tissu scléro-hyalin s'étend sur une grande étendue.

Le deuxième fragment est limité en surface par une bande d'épithélium pavimenteux non hyperplasié ni acanthosique, au-dessous duquel on peut noter la présence de plusieurs follicules pilo-sébacés. Il contient lui aussi, plus profondément, une coulée d'éléments néoplasiques absolument superposables à ceux déjà décrits ; mais ici, la substance fondamentale ne présente pas l'homogénéité de la première préparation. Le tissu conjonctif est encore bien organisé et compte de nombreuses cellules fixes ; il reste encore très pauvre en vaisseaux.

En résumé : aspect de cylindrome glandulaire (différenciation glandulaire) et de pseudo-cylindrome. Les deux fragments sont envahis.

OBSERVATION N° 12

Tumeur mixte de la parotide avec aspect cylindromateux.

(Inédite. Professeur F. LEMAITRE).

Mme L..., 48 ans, entre à Lariboisière le 5 février 1936 pour une tumeur du volume d'une grosse pomme, déformant la région parotidienne gauche.

Cette tuméfaction commence à se développer trois ans auparavant, progressivement, sans douleurs. Elle atteint rapi-

dement le volume d'une petite noisette située à la partie haute de la région parotidienne, au niveau de l'articulation temporo-maxillaire gauche.

Pendant deux ans et demi, aucune augmentation de volume, état stationnaire, aucune douleur, aucune gêne, déformation minime.

Depuis six mois environ, la tumeur est le siège de poussée d'augmentation de volume qui semble surtout marquée au moment des règles. A la même époque, quelques élancements douloureux sont ressentis, qui restent tout à fait passagers.

Depuis un mois et demi, l'augmentation de volume devient inquiétante, la tumeur prend de telles proportions que la face en est complètement déformée.

La tumeur paraît rénitente et donne l'impression d'être kystique. Elle glisse sur les plans superficiels et est légèrement mobilisable sur les plans profonds. Elle remonte en haut jusqu'à la région temporo-maxillaire. En arrière, elle soulève le lobule de l'oreille ; en bas, elle atteint le bord inférieur de l'angle de la mâchoire. Elle est lisse et régulière.

Devant l'allure kystique de cette formation, on pratique une ponction qui ramène un liquide séro-hématique stérile à l'examen direct et à la culture.

Le diagnostic clinique est hésitant : dysembrome kystique, kyste amygdaloïde, tumeur mixte ?...

Le 8 février 1936, intervention (Professeur Lemaitre).

Anesthésie au rectanol. Incision oblique en bas et en avant de 8 centimètres environ ; on arrive presque aussitôt sur un plan de clivage et la masse ressemble à un goître nodulaire kystique. En réalité, il existe plusieurs plans de clivage : l'un d'eux semble contenir une mince couche de tissu parotidien (l'histologie le confirmera) ; un autre réalise une véritable capsule juxta-kystique.

Le kyste apparaît de couleur gris-bleuâtre en certains points prêts à se rompre. Cette rupture finit par se produire au cours de l'énucléation. Il s'écoule un peu de liquide hémorragique et une assez grande quantité de substance amorphe d'allure mucoïde. Le tout rappelle assez le contenu d'un goître thyroïdien kystique.

Désormais, le plan de clivage est facile à suivre. Le kyste se libère de partout, sauf en haut et en arrière où il existe un trousseau fibreux qui s'insère sur la capsule de l'articulation temporo-maxillaire. La libération complète s'accompagne d'une ouverture de la capsule dans sa partie antéro-externe. On aperçoit le ménisque.

Dans les jours qui suivent, le trismus qui s'était établi aussitôt après l'opération cède progressivement. Suites opératoires sans incidents.

Compte rendu de l'examen histologique (Docteur ARDOIN).

Le fragment prélevé se montre très régulièrement entouré d'une capsule épaisse, pauvre en tissu fibroblastique (hyalinisation), comportant de nombreux et volumineux vaisseaux à paroi sclérosée et quelques amas lymphoïdes sans intérêt. Tout à fait sur l'un des bords, présence de nombreux trousseaux de muscle strié.

L'architecture normale de la glande n'est plus du tout reconnaissable : en quelques points seulement, persistance de quelques cavités plus ou moins volumineuses, remplies de sécrétion nettement acidophile, et bordées de cellules épithéliales basophiles.

Partout ailleurs, on peut observer le remaniement hyalin typique de la forme cylindromateuse avec toutes ses formes de passage. Le plus souvent, la tumeur se montre constituée par toute une série de cavités bordées par une ou plusieurs rangées de cellules néoplasiques basophiles ; la lumière de ces cavités est comblée par une substance acidophile, ceci sur les coupes colorées à l'hémotéine-éosine, et possédant les affinités tinctoriales du mucus. Ailleurs, les cavités sont excessivement rares, et les cellules sont réparties sous forme de petits trabécules, toujours constitués de cellules basophiles, et séparées par des cloisons hyalines d'importance variable. En d'autres endroits, disparition de la disposition trabéculaire ; les cellules ne persistent plus que sous forme de petits amas isolés absolument étouffés par le processus de sclérose hyaline. Ici l'atrophie des cordons cellulaires est très marquée, alors que

précédemment on pouvait encore retrouver des signes de sécrétion épithéliale.

En résumé : tumeur mixte évoluée présentant tous les aspects de remaniement cylindromateux.

OBSERVATION N° 13

Epithélioma mucipare de la parotide avec aspect cylindromateux (cylindrome dégénéré de la parotide). (Inédite. Professeur F. LEMAITRE).

M. R..., 36 ans, entre à l'Hôpital Lariboisière, le 14 avril 1932, pour une tuméfaction de la région parotidienne gauche de la grosseur d'une mandarine.

C'est en 1917 que, pour la première fois, le malade aurait constaté l'existence d'une petite induration en cette région. Ce n'est que très progressivement que la tumeur est arrivée à son volume actuel.

A l'examen : tumeur dure, indolore, légèrement mobilisable et n'ayant pas envahi les téguments. Elle siège en pleine région glandulaire entraînant de par son volume une asymétrie des plus nettes. Pas de paralysie de la VII^e paire. Le diagnostic clinique posé est celui de tumeur mixte de la parotide.

Le 15 avril 1932, intervention. (Professeur F. Lemaître).

Anesthésie locale. La tumeur ne présente pas de plan de clivage, sauf en deux ou trois zones limitées. On est donc obligé de sculpter la masse, non sans difficultés et l'opération terminée, la loge parotidienne est en quelque sorte évidée : le bord postérieur de la branche montante du maxillaire est dénudé ; dans la profondeur on perçoit la styloïde et la face externe de l'apophyse ptérygoïde.

Suites opératoires : le malade sort du service le 4 mai 1932, après avoir présenté pendant plusieurs jours après l'opération une légère parésie du facial.

Par la suite, nous apprenons que la plaie opératoire ne s'est jamais entièrement cicatrisée ; des hémorragies de cette dernière se sont produites assez fréquemment. Un trismus de

plus en plus serré s'est progressivement installé, avec dysphagie. L'alimentation est devenue de plus en plus difficile et notre malade est mort en mai 1934 par inanition et épuisement général.

Compte rendu de l'examen histologique (Docteur ARDOIN).

A la périphérie de l'un des fragments prélevés, présence de quelques éléments parotidiens absolument sains, avec leurs acini séreux et quelques canaux excréteurs.

Ailleurs, en de très rares endroits, disposition en acini isolés. La tumeur est constituée par une masse de canaux glandulaires parfois très volumineux et coupés sous des incidences variables, noyés dans un tissu conjonctif de soutien généralement très lâche. Celui-ci pousse fréquemment à l'intérieur de la lumière du canal des bourgeons refoulant au devant d'eux le revêtement épithélial. Au fort grossissement, les cavités sont revêtues de cellules cylindro-cubiques ; les unes paraissent peu touchées ; d'autres, par contre, sont douées d'un potentiel de prolifération accentuée ; essaimage et envahissement de la lumière des cavités qui renferment une sécrétion muqueuse. Noyaux hyperchromatiques et difformes (plasmomes multinucléés).

Certaines cavités, très irrégulières, sont bordées de cellules épithéliales basophiles, et contiennent une substance possédant les affinités tinctoriales du mucus ; l'aspect rappelle le cylindrome, mais le stroma conjonctif péri-cavitaire ne présente pas de dégénérescence mucoïde. En quelques endroits, très rares seulement, le conjonctif a subi la dégénérescence hyaline.

Forme histologique très atypique qui ne rappelle ni les formes glandulaires habituelles, ni les dispositions glandulaires acineuses ou canaliculaires (sauf en de très rares points).

Cette forme semble bien correspondre à la transformation d'un adénome métaplasique, soit plus particulièrement à un épithélioma mucipare de la parotide s'accompagnant d'aspects pseudo-cylindromateux.

OBSERVATION N° 14

Epithélioma glandulaire atypique avec évolution cylindromateuse. (Inédite. Professeur F. LEMAITRE.)

M. B..., 53 ans, consulte à l'Hôpital Saint-Louis, en mai 1922, pour une tumeur de la région parotidienne droite, apparue depuis quatre mois et qui atteint le volume d'une orange. Consistance dure ; mobilité limitée.

Intervention. (Professeur Lemaître, 29 mai 1922). Sous anesthésie locale, ablation de la tumeur qui est nettement plus adhérente au tissu voisin que ne l'indiquait l'examen clinique. La tumeur a contracté presque partout des adhérences importantes sauf vers son pôle supérieur où on retrouve une ébauche de plan de clivage.

Compte rendu de l'examen histologique (Docteur ARDOIN).

Tout à fait à la périphérie du fragment, présence de quelques rares lobules d'acini parotidiens normaux. La tumeur se montre constituée par une série de cavités de dimensions variables, toutes bordées d'épithélium. Certaines cavités sont absolument envahies par un bourgeonnement néoplasique qui, rattaché au stroma de soutien de la tumeur, s'épanouit dans la lumière centrale.

Les cellules néoplasiques sont toutes à peu près semblables, assez petites, ovalaires, et ménageant souvent entre elles de petites cavités de sécrétion exocrine. Cette sécrétion présente les réactions tinctoriales du mucus. Nombreuses mitoses, noyaux bourgeonnants, hyperchromatiques. Anomalies du cytoplasme.

Conclusion : Epithélioma glandulaire atypique d'origine parotidienne vraisemblable.

Le malade est revu en juin 1923 pour une récurrence constituée par de petites masses arrondies du volume d'un pois à un noyau de cerise et soudées ensemble.

Réintervention le 15 juin 1923. Anesthésie générale : intervention plus importante qu'on ne le pensait, car, outre la masse parotidienne, on découvre des formations tumorales qui obligent à pratiquer une dissection de toute la région carotidienne, à l'exception du sterno ; ces dernières sont partiellement kystiques.

Compte rendu de l'examen histologique. (Docteur ARDOIN).

L'ensemble de la tumeur est à peu près comparable au précédent. Anomalies des mitoses ; index karyokynétique élevé.

Mais, en bordure des préparations, on peut observer la présence d'acini néoplasiques parmi lesquels la sécrétion muqueuse est conservée, s'accompagnant de cavités kystiques, réalisant l'aspect pseudo-cylindromateux (stroma fibroblastique).

Conclusion : Epithélioma glandulaire atypique et évolution pseudo-cylindromateuse.

Depuis cette date, le malade est perdu de vue.

L'étude anatomo-clinique des cylindromes des glandes salivaires ne peut être séparée de l'étude des tumeurs dites mixtes de ces mêmes glandes. Elle en est cependant distincte.

Voici comment se déroule habituellement l'histoire clinique de ces cylindromes.

Lorsqu'on les voit au début de leur évolution, ils se présentent sous l'aspect d'une petite tumeur du volume d'une noisette siégeant en pleine zone glandulaire.

Cette tumeur donne à la palpation une sensation de résistance, de fermeté homogène ; elle est souvent bosselée, mais présente un contour arrêté, des limites précises. Elle est indépendante de la peau qui se laisse facilement plisser à son niveau, et est mobilisable sur les plans profonds. Cette palpation est indolore..

La recherche des ganglions dans les territoires correspondants est presque toujours, sinon toujours négative. Il arrive cependant que un ou quelques ganglions soient perçus. Il s'agit dans ces cas d'adénopathie surajoutée sans rapport avec la masse tumorale : soit adénopathie inflammatoire banale, soit parfois adénopathie tuberculeuse concomitante, ainsi que nous l'avons constaté chez une de nos malades (obs. n° 11).

En résumé, ces cylindromes se présentent sous l'aspect de tumeurs bénignes, puisque encapsulées, indolores et sans adénopathie tumorale.

Leur allure évolutive semble confirmer d'ailleurs leur bénignité.

Les malades restent dans l'imprécision lorsqu'on les interroge sur la date, souvent lointaine, du début de leur affection. C'est un an, deux ans, parfois cinq ou six ans auparavant qu'ils ont constaté une légère modification de la région glandulaire. Puis, peu à peu, avec une extrême lenteur, la petite tuméfaction s'accroît. Cet accroissement est si insidieux que pendant des mois cette tuméfaction paraît stationnaire. Parfois, certaines périodes sont marquées par une augmentation de volume plus rapide, comme si la tumeur était alors le siège d'une activité transitoire plus grande. Mais c'est la lenteur dans l'évolution qui reste la note dominante.

Etant donné ces caractères cliniques et évolutifs, l'on comprend facilement que presque toujours les cylindromes des glandes parotide et sous-maxillaire sont cliniquement méconnus et que le diagnostic de tumeur mixte est logiquement le diagnostic auquel on se rallie, après avoir envisagé, pour l'éliminer, la possibilité d'adénite, d'adénome kystique ou de tuberculose glandulaire à forme nodulaire.

Considérés comme tumeurs mixtes les cylindromes seront traités comme tels, c'est-à-dire traités chirurgicalement.

Au cours de l'acte opératoire lui-même, les caractères macroscopiques de la tumeur — présence d'une capsule la séparant du tissu glandulaire : existence d'un plan de clivage le plus souvent facile à suivre — sont autant d'arguments en faveur du diagnostic de tumeur mixte.

L'étude histologique de la pièce opératoire fera reconnaître la nature cylindromateuse de la tumeur.

Il est exceptionnel que l'évolution du cylindrome s'arrête à ce stade, que ce premier acte chirurgical soit suivi de guérison définitive.

Bien plus, c'est à partir de ce stade que l'allure évolutive du cylindrome acquiert une physionomie qui lui est propre, qu'il revêt sa véritable individualité. *Cette individualité, il la doit à la répétition désespérante des récidives qui se produisent en série.*

Il a été cependant publié des observations de cylindromes guéris par une première exérèse chirurgicale. La plupart de ces observations ont été publiées trop précocement, quelques mois seulement après l'opération; elles ne possèdent pas, à notre avis, le recul nécessaire que l'on est en droit d'exiger pour des tumeurs d'évolution si lente.

Deux de nos malades (Obs. n^{os} 8 et 11) sont restés pendant deux ans sans présenter de récidive locale : tous les deux ont récidivé depuis et cela à différentes reprises. Ce délai de deux ans nous paraît être le délai minimum que l'on doit exiger avant de pouvoir parler de guérison lorsqu'il s'agit d'un cylindrome.

Trois autres de nos malades ne présentent pas actuellement de récidive... Nous serions tenté d'écrire ne présentent pas encore de récidive, tant la récidive tumorale nous

paraît être l'évolution habituelle. Parmi ces malades l'un (Obs. N° 12) a été opéré il y a six mois à peine; les deux autres (obs. n°s 9 et 10) ne sont opérés que depuis un an environ et n'ont, par conséquent, pas franchi le cap critique de leur évolution.

Ces récurrences d'ailleurs peuvent se produire d'une façon beaucoup plus précoce, deux à trois mois après l'opération. Cette précocité est rare, du moins si l'on envisage la première récurrence.

Autre caractère très important : *les récurrences sont multiples.*

Deux de nos malades (Obs. n°s 8 et 11) ont récidivé trois fois jusqu'à ce jour. Ces récurrences se sont produites en trois ans et demi chez l'un, en dix ans chez l'autre.

Nombreuses sont les observations où nous avons retrouvé mentionnées trois, quatre, six récurrences même, comme dans l'observation de DUCASTEL où un cylindre parotidien chez une femme de 45 ans récidiva 6 fois en l'espace de 6 ans.

Lorsqu'on réintervient pour une récurrence, la tumeur a le plus souvent perdu cet aspect de tumeur bien limitée qu'elle présentait lors de la première opération. Cette fois, c'est une masse, englobée dans une nappe de tissu fibreux cicatriciel, dont on ne devine les contours que d'une façon fort imprécise. Le chirurgien est obligé de passer au large de la lésion sans pour cela avoir la rassurante certitude d'être passé partout en zone saine.

L'examen histologique, la pièce opératoire étant convenablement orientée, précise souvent que la tumeur n'est plus limitée par une capsule nette, que cette barrière a été rompue et que, en certains endroits, la tumeur a envahi en profondeur. Les microphotographies qui accompagnent l'observation n° 8 illustrent ces notions. Elles mon-

trent que la tumeur initiale était entourée et limitée par une capsule nette, que lors de la deuxième récurrence cette capsule était effondrée en certains points et qu'on retrouvait, dans le tissu musculaire sous-jacent, à distance, des îlots cellulaires épars formés de cellules épithéliales analogues aux cellules de la tumeur principale.

C'est à la suite de récurrences successives que les cylindromes peuvent acquérir des dimensions considérables. BARROZI et LESNÉ rapportent l'histoire d'un cylindrome ayant débuté dans la région sous-maxillaire gauche, qui, après avoir récidivé 6 fois en 12 ans, se présentait comme une énorme masse ulcérée s'étendant depuis la région temporale jusqu'à la partie moyenne du cou, envahissant toute la joue, la région maxillaire et sus-hyoïdienne gauche.

Lorsqu'à la longue les cylindromes se présentent sous cet aspect de tumeur envahissante, maligne, ils finissent par retentir sur l'état général. Encore faut-il faire remarquer que dans ces cas l'atteinte de l'état général est en grande partie due à la dénutrition des sujets. Cette dénutrition est fonction de la gêne mécanique que ces tumeurs, par leur volume, apportent à l'alimentation : (trismus, gêne à la mastication et à la déglutition).

Malgré la fréquence des récurrences « in situ », nous n'avons jamais observé chez nos malades d'envahissement ganglionnaire; nous n'avons jamais observé de métastase à distance. Il a été signalé, à titre tout à fait exceptionnel d'ailleurs, des cas de métastase. Nous nous réservons d'en faire l'étude critique dans la deuxième partie de notre travail.

Envisageons maintenant les cylindromes des glandes salivaires sous l'angle histologique.

Nos examens microscopiques qui ont porté sur la tumeur initiale et les récurrences nous ont conduit à classer ces cylindromes en 4 groupes principaux :

1° *L'aspect cylindromateux constitue entièrement toute la tumeur.* Cet aspect est retrouvé partout identique, quel que soit le point examiné. Il s'agit là de cylindrome pur. Ce type est assez rarement rencontré. Notre observation n° 8 en est un bel exemple : la tumeur initiale ainsi que les trois récidives présentaient cet aspect de cylindrome pur.

2° *L'aspect cylindromateux coexiste avec l'aspect fibromyxo-chondroïde des classiques tumeurs mixtes.* Ce type est le plus fréquemment rencontré (Obs. n°s 9, 10, 12). Ici encore nous formulons la même réserve que nous avons faite au sujet des cylindromes et des épithéliomas basocellulaires de la peau : ne doivent être considérées comme cylindromes que les tumeurs où cet état cylindromateux prédomine, où la cylindromisation est fort poussée.

3° *L'aspect cylindromateux peut se manifester à l'occasion d'une récidive de la tumeur qui primitivement était une tumeur mixte banale* (Obs. n° 11). Cet aspect est venu se juxtaposer au cours de l'évolution tumorale à celui déjà préexistant de tumeur mixte.

Une réserve doit être immédiatement faite au sujet de l'individualité réelle de ce groupe : lors de l'examen histologique d'une tumeur qui à première vue paraît être une tumeur mixte banale, il est possible qu'il existe déjà en une zone restreinte de cette tumeur initiale, celle qui justement n'a pas été intéressée par la coupe, un aspect cylindromateux. Au cours d'une récidive, l'évolution cylindromateuse étant plus marquée, cet aspect est devenu prépondérant et est retrouvé en maints endroits. Cette cause d'erreur lors de l'examen de la tumeur initiale ne pourrait être complètement éliminée que par la méthode des coupes en série strictement appliquée, la tumeur étant entièrement « débitée » en série.

4° *L'aspect cylindromateux peut être rencontré dans une*

tumeur glandulaire qui par ailleurs présente des caractères histologiques nets de malignité : soit malignité primitive, soit malignité secondaire à un état pré-cancéreux (Obs. n^{os} 13, 14).

Arrivé au terme de cette étude histo-clinique qui nous a montré la corrélation étroite des cylindromes salivaires et des tumeurs mixtes, une question se pose : quel est le pronostic des cylindromes des glandes salivaires ? Ce pronostic est-il identique ou au contraire diffère-t-il sensiblement du pronostic des tumeurs dites mixtes ?

Afin de pouvoir répondre à cette question, il est indispensable de préciser au préalable le pronostic que l'on attribue actuellement aux tumeurs dites mixtes.

C'est qu'en effet, depuis les notions classiques, une évolution s'est faite dans les esprits et, à la suite de travaux récents, leur renom de bénignité a été terni.

Classiquement ces formations, d'origine dysembryoplasique, présentaient tous les caractères que l'on exigeait d'une tumeur pour la classer dans le groupe aussi vaste qu'imprécis des tumeurs dites bénignes : tumeurs encapsulées, nettement limitées, indolores, à évolution très lente; absence d'adénopathie et de métastase, peu ou pas de tendance à la récurrence locale en cas d'exérèse complète; activité cellulaire restreinte et absence d'anarchie et de monstruosité cellulaire.

Elles comportaient donc un pronostic bénin qui était assombri cependant par une éventualité susceptible de se produire à un moment donné de leur évolution : la transformation maligne. Un accroissement plus rapide, la disparition de l'encapsulement, l'apparition de douleurs, de ganglions traduisaient cliniquement le passage de l'état de bénignité à celui de malignité. Histologiquement, la pré-

sence d'une prolifération cellulaire anarchique, de mitoses fréquentes, indiquait une activité cellulaire plus grande et désordonnée.

En un mot, les tumeurs mixtes étaient classiquement considérées comme des états pré-cancéreux pouvant parfois se transformer en véritables cancers.

Actuellement, les tumeurs dites mixtes sont considérées comme étant de souche épithéliale se développant aux dépens d'éléments cellulaires adultes ou embryonnaires. A la suite de travaux récents, menés surtout sous l'angle histologique, elles ont été interprétées comme étant des tumeurs malignes d'emblée, comme des épithéliomas glandulaires. « Les tumeurs dites mixtes des glandes salivaires, tout en conservant une caractéristique régionale incontestable, rentrent donc dans le cadre des épithéliomas des parenchymes glandulaires » (Roger LEROUX et J. LEROUX-ROBERT). Ce serait des tumeurs dont la récurrence locale serait très fréquente, qui auraient le pouvoir d'essaimer à distance, qui, en un mot, se comporteraient comme de véritables cancers dont elles partageraient le pronostic sévère.

Une exérèse chirurgicale large, systématiquement appliquée, tout comme pour une tumeur maligne, est le corollaire pratique qui découle de cette manière de voir. Facile à exécuter au niveau de la loge sous-maxillaire, cette exérèse élargie se heurte à des difficultés d'ordre esthétique et fonctionnel lorsqu'il s'agit de la loge parotidienne. Une technique chirurgicale a été proposée et appliquée avec d'heureux résultats : l'extirpation totale ou sub-totale de la parotide avec conservation de la branche supérieure de la VII^e paire (P. DUVAL et REDON).

Cette manière de voir ne cadre pas avec ce qui nous a été donné d'observer.

Pour nous, les tumeurs mixtes banales ne sont pas des

tumeurs malignes d'emblée, même si l'on admet que leur malignité a été tempérée par un caractère régional. Ce sont des tumeurs bénignes mais susceptibles, comme tout état précancéreux, de dégénérer et de revêtir alors, *mais seulement à ce moment*, tous les caractères de la malignité.

Il n'en est pas de même des cylindromes. Si ces derniers partagent avec les tumeurs mixtes telles que nous les envisageons, certains caractères de bénignité, ils s'en séparent nettement à notre avis par leur fréquence quasi-habituelle, leur constance à la récurrence locale. Ils font là acte de malignité, mais de malignité locale.

Autrement dit, le pronostic d'un cylindre des glandes salivaires est beaucoup plus sévère que celui d'une tumeur mixte. Le cylindre, état précancéreux, fait preuve d'une activité cellulaire, d'un potentiel beaucoup plus grand que la banale tumeur mixte, autre état précancéreux. Le pronostic que nous réservons exclusivement au cylindre, se rapproche du pronostic que certains auteurs reconnaissent actuellement à toutes les tumeurs dites mixtes.

Ce pronostic est plus sévère encore, franchement malin, lorsque le cylindre, état précancéreux, a subi la dégénérescence maligne (tumeur mixte cylindromateuse dégénérée) ou lorsqu'il s'agit d'une tumeur maligne d'emblée avec évolution cylindromateuse.

CYLINDROMES PARA-OCULAIRES

(CAVITE ORBITAIRE ET GLANDE LACRYMALE)

Les observations de cylindromes publiées dans la littérature ophtalmologique sont en nombre restreint.

Ils comprennent les cas de cylindromes :

de la cavité orbitaire,
de la glande lacrymale,
des paupières.

Ces derniers se présentent comme des cylindromes cutanés. Leur localisation palpébrale est une difficulté de plus au point de vue thérapeutique, que cette dernière soit envisagée sous l'angle chirurgical ou radiothérapique.

Les cylindromes de la cavité orbitaire et de la glande lacrymale ont été longtemps classés avec d'autres tumeurs dans le groupe élastique et aujourd'hui démembré des endothéliomes de l'orbite. Leur individualité est relativement récente et ici encore l'étude anatomo-clinique des cylindromes orbitaires est en corrélation étroite avec celle des tumeurs de la glande lacrymale.

Nous n'avons pas observé personnellement de cylindre orbitaire. Aussi résumerons-nous un cas publié par DE LAPERSONNE et METTEY, observation qui, dès 1906, était une mise au point de cette question.

OBSERVATION N° 15

Cylindrome de l'orbite.

(DE LAPERSONNE et METTEY. *Archives d'Ophthalmologie*,
avril 1906).

Un homme de 28 ans présente une tumeur orbitaire dont le point de départ s'est fait à la partie supéro-externe de l'orbite.

Cette tumeur repousse et immobilise l'œil en exophtalmie inféro-interne.

Elle adhère à la peau en certains endroits, présente une consistance très dure et paraît très adhérente au périoste du rebord orbitaire.

Elle ne s'accompagne d'aucune modification de l'acuité visuelle : le fond de l'œil est normal.

Par l'interrogatoire, on apprend que l'affection débuta quatre ans auparavant par une petite grosseur à l'angle externe des paupières. Une première exérèse fut pratiquée qui amena la disparition de l'exophtalmie et des douleurs accusées par le malade. La récurrence se manifesta 18 mois après cette intervention.

La deuxième exérèse eut lieu en mars 1905 : exentération complète de l'orbite avec détachement du périoste.

Le malade revu six mois plus tard ne présentait pas de récurrence.

La tumeur entourée de toutes parts d'une gaine fibreuse était composée de lobules assez réguliers, de dimensions variables.

L'examen histologique montra que les lobules, cloisonnés par des fibres conjonctives, étaient constitués par des cellules épithéliales et des espaces clairs en tout point comparables aux corps oviformes.

Les auteurs estiment que les préparations histologiques ne peuvent laisser de doute quant au diagnostic de cylindrome.

Éliminant le diagnostic de sarcome myxomateux ou d'endothélio-sarcome développé aux dépens des lymphatiques profonds, ils concluent à une tumeur d'origine épithéliale, à point

de départ lacrymal, malgré l'absence d'éléments glandulaires normaux dans les préparations.

Les cylindromes qui se développent dans la cavité orbitaire partagent les mêmes caractères cliniques et évolutifs que les cylindromes des glandes salivaires : même lenteur dans l'évolution, même tendance à la récurrence; même origine glandulaire. Leur étude se confond en partie avec celle des tumeurs mixtes de la glande lacrymale dont l'étude a été reprise par A. PETIT (1921). Dans ce travail, sur 17 observations que l'auteur a pu réunir, 10 d'entre elles doivent être considérées comme des cylindromes.

Cliniquement, le cylindre se manifeste par l'apparition dans la région supéro-externe de l'orbite d'une tuméfaction entraînant de l'exophtalmie et de la gêne des mouvements du globe oculaire. En s'accroissant avec la lenteur qui caractérise la tumeur cylindromateuse, exophtalmie et gêne des mouvements deviennent plus marquées.

Le globe oculaire, refoulé en avant, regarde en bas et en dedans. Cette exophtalmie inféro-interne est non réductible, non battante.

La tumeur, protégée par le cadre orbitaire, est difficile à palper. Elle paraît bien circonscrite, souvent multilobulée, et présente une consistance ferme. Assez souvent mobilisable au début de son évolution, elle devient fixe, adhérent au rebord orbitaire lorsqu'elle atteint un certain volume.

L'intégrité des territoires ganglionnaires est constamment signalée dans chaque observation.

Une telle tumeur s'accompagne de diplopie. C'est là un symptôme d'apparition précoce, en rapport avec l'exophtalmie.

Quant à l'acuité visuelle, elle ne subit le plus souvent aucune modification. Le fond d'œil est normal.

Néanmoins, il a été signalé une baisse progressive de l'acuité visuelle pouvant aller jusqu'à la cécité. L'examen du fond d'œil décèle alors une stase papillaire, avec papilles floues et oedématiées. Stase papillaire et baisse de l'acuité visuelle sont en rapport avec la compression ou l'élongation du nerf optique : elles ont pu régresser, disparaître même complètement après l'intervention.

Enfin, des douleurs, de l'épiphora ou au contraire une sécheresse particulière de l'œil complètent ce tableau clinique.

Lors de la première exérèse chirurgicale, la tumeur paraît nettement encapsulée et facilement clivable.

La notion de récurrence qui, ainsi que nous l'avons vu pour les cylindromes des glandes salivaires, crée la véritable individualité de ces tumeurs, se retrouve ici encore à chaque pas.

La récurrence se manifeste habituellement de 12 à 18 mois après l'opération; plus précocement semble-t-il que lorsqu'il s'agit d'un cylindre salivaire. La récurrence n'est le plus souvent pas unique, peut se reproduire plusieurs fois, même après des exérèses en apparence complètes.

A la suite de ces récurrences ou du fait de son évolution spontané, le cylindre de l'orbite peut atteindre des dimensions considérables.

Envahissant l'orbite en totalité, il peut, détruisant les parois osseuses de ce dernier, fuser dans les régions voisines : d'orbitaire, il devient facial, envahissant comme dans l'observation de GORIS, la fosse temporale et son muscle ainsi que le maxillaire supérieur : usant le toit de la cavité orbitaire, il vient au contact des méninges, devenant endocranien.

Nous n'avons pas retrouvé mentionné de métastase tumorale, sauf dans le cas rapporté par GORIS où le malade mourut un an et demi après l'opération de métastases cérébrales du côté opposé, sans récurrence locale. Il ne semble pas que cette assertion ait été contrôlée par un examen histologique.

Le diagnostic d'un cylindrome de l'orbite ne peut être posé que par l'examen histologique. Mais l'aspect clinique de la tumeur, l'anamnèse permettront le plus souvent d'éliminer le diagnostic de tumeur franchement maligne, tel un sarcome de l'orbite, en se basant surtout sur la marche lente du processus tumoral et sur son point de départ orbitaire externe, dans la région de la glande lacrymale.

Même en présence d'une récurrence étendue, on n'a pas l'impression de se trouver, ainsi que le remarquait déjà DIANOUX, devant une tumeur à caractère nettement malin.

Les examens histologiques indiquent qu'il s'agit, soit d'une tumeur mixte de la glande lacrymale avec aspect cylindromateux, soit d'un cylindrome pur : tumeur présentant partout l'aspect typique du cylindrome.

Au point de vue pronostique, les cylindromes de l'orbite doivent être intercalés entre les tumeurs mixtes de la glande lacrymale, tumeur bénigne et rare, et le sarcome orbitaire, tumeur plus fréquente et de haute gravité.

Le choix de la technique opératoire — car le mode thérapeutique des cylindromes de l'orbite est surtout chirurgical — dépend du degré d'extension atteint par le processus tumoral.

S'il s'agit d'une tumeur ayant encore un volume restreint, l'orbitotomie externe permettra, tout en conservant à l'œil sa valeur fonctionnelle, de réaliser une exérèse totale de la tumeur.

Cependant l'existence d'adhérences que la tumeur peut

contracter avec le globe oculaire ou le nerf optique, obligera alors à pratiquer une exentération de l'orbite.

Cette exentération est l'intervention à laquelle on est obligé de se rallier lorsque la tumeur ne présente plus de limites arrêtées, ce qui est fréquent en cas de récurrence.

Enfin, lorsque le cylindrome a débordé le cadre orbitaire, il faudra savoir combiner à l'exentération de l'orbite, des résections osseuses à la demande des lésions : résection du toit orbitaire, avec mise à nu des méninges ; résection du massif facial (maxillaire supérieur).

Ainsi que l'on a pu s'en rendre compte, les caractères distinctifs des cylindromes de l'orbite d'une part, et des cylindromes des glandes salivaires d'autre part, sont uniquement dus à la localisation différente d'un processus tumoral identique.

CYLINDROMES DES VOIES DIGESTIVES SUPERIEURES

Dans ce chapitre, nous grouperons les cylindromes dont la localisation initiale siège au niveau

*du voile du palais et de la voûte palatine,
du rebord alvéolaire des maxillaires,
du plancher buccal,
de la langue.*

Ce sont là, en effet, les localisations habituelles des cylindromes des voies digestives.

Nous n'en avons pas retrouvé de signalé au niveau de l'œsophage.

Certains d'entre eux (voûte palatine et rebord alvéolaire) prennent naissance au niveau de la zone frontière des voies aériennes et digestives supérieures. Cette barrière est presque toujours franchie et effondrée au cours de leur évolution. A ce stade, la tumeur n'appartient pas plus à une région qu'à une autre et si nous avons conservé la distinction entre cylindrome des voies digestives et cylindrome des voies respiratoires supérieures, c'est surtout pour en faciliter la description.

Nous terminerons ce chapitre en envisageant les rapports que peuvent présenter les *cylindromes et les adamantinomes*.

1° CYLINDROMES DU VOILE DU PALAIS ET DE LA VOUTE PALATINE

Ces cylindromes représentent, de loin, la localisation la plus fréquemment rencontrée au niveau des voies digestives.

Notre étude est basée sur six observations inédites que nous présenterons tout d'abord.

OBSERVATION N° 16

Cylindrome de la voûte palatine. (Inédite ; due à la grande obligeance de notre Maître, le Docteur HAUTANT).

Mme R... se présente à la consultation de l'Hôpital Tenon en 1925 pour une tumeur vélo-palatine ayant fait son apparition cinq ans auparavant. Evolution très lente, très insidieuse.

Tumeur dure, fibreuse, occupant la moitié gauche de la voûte palatine ; débordant la ligne médiane en dedans, et, en dehors, atteignant la gencive au niveau de la dernière molaire. Se prolongeant même dans la région jugale.

Examen rhinoscopique antérieur et postérieur : aspect normal.

Pas d'adénopathie.

Biopsie : tumeur mixte des glandes salivaires à structure très polymorphe (examen histologique fait à la Fondation Curie). Sur ces données, on intervient pour la première fois le 7 juin 1925. Exérèse assez facile. Prolongement dans le sinus maxillaire.

Résection à la pince-gouge du rebord alvéolaire.

Suites opératoires très bonnes.

Dix-huit mois plus tard, *première récurrence*, nécessitant une réintervention le 10 décembre 1926. La tumeur, du volume d'une petite mandarine, s'est développée dans la région jugale, juxta-maxillaire ; elle adhère au rebord alvéolaire, est indolore et très nettement délimitée.

Extirpation de la récurrence jugale le long du maxillaire supérieur gauche.

Deuxième récurrence en juin 1928 ; survenue depuis trois mois environ.

Masse rénitente de la moitié gauche du palais allant de la ligne médiane jusqu'à la cicatrice laissée par l'incision juxta-

dentaire précédente. Ne dépasse pas la moitié postérieure du palais et refoule le voile membraneux.

Rhinoscopie postérieure : le cavum est libre.

Rhinoscopie antérieure : le plancher de la fosse nasale gauche est un peu soulevé en arrière.

De plus, surdité progressive gauche, du type de transmission.

Réintervention le 29 juin 1928. Incision sur la tumeur : on décortique cette dernière assez énucléable à la curette et au doigt. L'orifice tubaire est comprimé par la tumeur qui envahit tout le voile.

Deuxième biopsie : même réponse que précédemment : aspect de tumeur mixte d'origine salivaire (Fondation Curie).

Troisième récédive en avril 1930. Infiltration de tout l'hémi-voile gauche qui semble faire corps avec la tumeur. La région amygdalienne gauche bombe très fortement : consistance dure, mais plus élastique que ligneuse : pas d'ulcération. La récédive s'étend au rebord alvéolaire, mais ne gagne pas la joue.

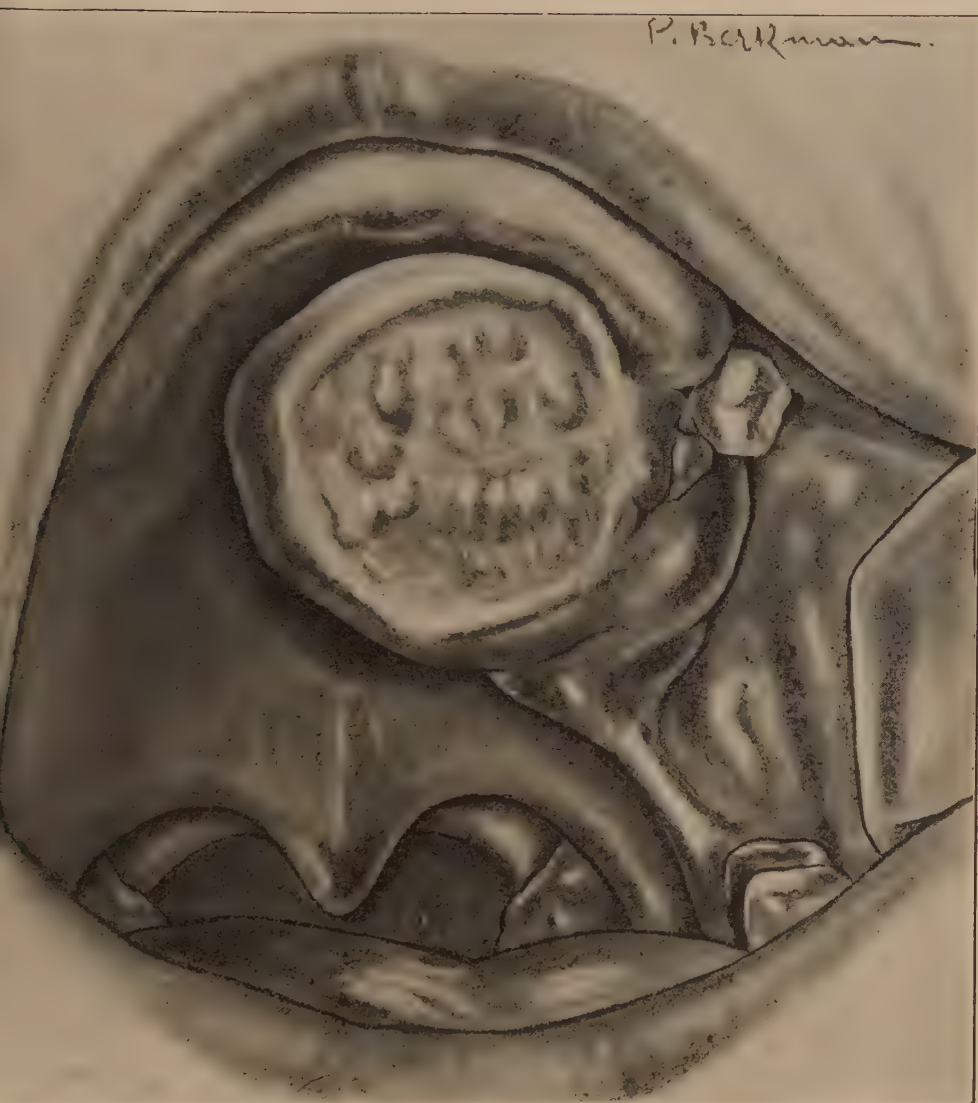
Réintervention le 4 avril 1930 (Docteur Ombrédanne).

Anesthésie générale. La voûte palatine est spontanément détruite dans sa moitié gauche. La curette s'enfonce dans le sinus maxillaire et ramène une masse d'aspect fibro-angiomateux extrêmement hémorragique. Le clivage est impossible vers l'amygdale. Curage du sinus maxillaire dont la paroi interne est détruite.

A l'occasion de cette quatrième intervention, *l'examen histologique* indique cette fois qu'il s'agit « *d'un épithélioma spécial de la famille des cylindromes* » (Fondation Curie).

Quatrième récédive en octobre 1930. Après ligature préalable de la carotide externe, on procède à une nouvelle intervention : extirpation large au bistouri électrique sous anesthésie générale de toute la partie amygdalienne du cylindre.

Cinquième récédive en février 1931. Cette fois, la récédive se produit au niveau du voile et de la paroi antéro-externe du sinus maxillaire. La masse fait saillie sous la peau, fuse en haut jusque dans la fosse temporale. Au niveau du voile, la masse tumorale occasionne par son volume une gêne per-



Observation N° 16

manente aux mouvements respiratoires et aux mouvements de déglutition.

Etant donné l'étendue de cette récurrence, il faut renoncer à l'extirper en totalité. On se contente (3 février 1931) d'extirper la masse vélue pour faire disparaître, du moins, les troubles fonctionnels.

Depuis cette dernière intervention, la malade n'a pas été revue. On apprend qu'elle est décédée *près de deux ans plus tard*, en janvier 1933. D'après les renseignements que nous avons pu obtenir, la tumeur qui augmentait régulièrement de volume, avait atteint dans les derniers mois de la maladie, un tel degré d'envahissement que la malade en était littéralement défigurée et cependant, jusqu'à la fin, l'évolution se poursuivait presque complètement indolore.

OBSERVATION N° 17

Cylindrome du voile du palais (observation personnelle).

M. D..., 71 ans, est adressé dans le service du Docteur HAUTANT en novembre 1935 pour une tumeur vélo-palatine.

C'est huit mois auparavant, tout à fait par hasard, que le malade découvrit l'existence de cette tumeur en baillant devant une glace : aucun trouble fonctionnel, aucune douleur, n'avaient en effet attiré son attention, et cependant la tumeur avait déjà le volume d'une grosse noix.

Ce n'est qu'en octobre 1935 qu'il se décide à consulter, car la tumeur augmente quelque peu ; des troubles apparaissent, en particulier une gêne respiratoire surtout marquée du côté gauche. Par contre, il n'existe aucune gêne à la déglutition.

Examen endo-buccal. On constate une infiltration tumorale sous-muqueuse de la région vélo-palatine gauche s'étendant d'arrière en avant. A cheval sur le voile mou et le voile osseux, faisant nettement saillie par rapport au reste de l'infiltration tumorale, on note une masse bien arrondie à contours nets, du volume d'une grosse noix. Cette masse est recouverte par une muqueuse saine mais comme amincie et dis-



Observation N° 17

tendue par la tumeur. Au point culminant de cette dernière existe une ulcération ovalaire, à bords nets, comme si la muqueuse avait cédé sous la pression de la tumeur sous-jacente.

Au fond de l'ulcération apparaît la tumeur, non bourgeonnante, et dont la teinte rouge orangée tranche nettement sur la coloration rouge vif de la muqueuse environnante. En avant de cette masse principale, l'infiltration tumorale s'étend jusqu'au rebord alvéolaire qui, latéralement, est envahi au niveau des prémolaires. En regardant plus attentivement, on constate que cette infiltration est formée par la fusion de plusieurs nodosités dont, en certains points, on distingue très nettement les saillies arrondies.

Si nous insistons sur la description de cet aspect, c'est qu'il est pour nous véritablement caractéristique du cylindrome, à tel point qu'il nous a permis de poser cliniquement le diagnostic avant tout renseignement histologique.

Au toucher, l'infiltration est dure, nullement douloureuse.

Examen endo-nasal. A droite : fosse nasale libre. A gauche : la filière nasale est obstruée par un soulèvement du plancher. A ce niveau, sous une muqueuse télangiectasique, on aperçoit par rhinoscopie antérieure, un prolongement tumoral masquant le méat inférieur et une partie du cornet inférieur.

Pas de ganglions perceptibles dans les territoires correspondants.

Une radiographie est demandée en vue de déceler un prolongement dans le sinus maxillaire. Cette dernière montre des sinus normaux et cependant on se rendra compte à l'intervention que le sinus gauche était envahi.

Biopsie : 27 octobre 1935 « Cylindrome. Tumeur d'origine glandulaire qui se rapproche du groupe des tumeurs mixtes salivaires ». (Fondation Curie).

En résumé, tumeur vélo-palatine gauche, avec envahissement de la fosse nasale correspondante, par destruction de la voûte au niveau du plancher des fosses nasales.

Etant donné la nature histologique de la tumeur, nous décidons une exérèse large : résection de toute la moitié inférieure du maxillaire supérieur et d'une partie du voile du palais.

Cette intervention, difficilement acceptée par le malade qui la trouve hors de proportion avec la gêne qu'il éprouve, est pratiquée en novembre 1935, sous anesthésie loco-régionale (Y. LEMAITRE).

Incision para-latéro-nasale gauche, avec section médiane de la lèvre supérieure. Résection atypique et extirpation en un seul bloc de la moitié inférieure du maxillaire gauche, de la voûte palatine et d'une grande partie du voile en débordant largement la ligne médiane. On aperçoit alors un prolongement tumoral qui emplit partiellement la cavité du sinus maxillaire. Ce prolongement est facile à extirper car il n'adhère pas aux parois sinusales.

Suites opératoires : Bien que l'intervention ait eu lieu à l'anesthésie locale, des accidents pulmonaires sévères font craindre une issue fatale. Dix jours après l'intervention, les foyers pulmonaires ont disparu. La plaie est en bonne voie de cicatrisation. Le malade convalescent sort de l'hôpital.

Revu six mois plus tard, il ne présente pas de récurrence. La large communication bucco-nasale est obturée par un appareil de prothèse qui assure un très bon résultat fonctionnel.

OBSERVATION N° 18

Cylindrome du voile du palais. (Inédite. Prof. F. LEMAITRE).

M. K..., 43 ans, situe le début de ses troubles en 1918, époque à laquelle il a été opéré par Morestin d'une tumeur du voile du palais.

Cinq ans plus tard, en 1923, la tumeur réapparaît avec des caractères identiques.

Une nouvelle exérèse est pratiquée le 19 novembre 1924 par le Professeur F. Lemaître : anesthésie générale : la tumeur est très vasculaire : exérèse aussi large que possible rendue délicate par l'absence totale de plan de clivage. Bien que la masse n'ait pu être enlevée d'un seul bloc, on a cependant l'impression de l'avoir extirpée dans sa totalité.

Le patient paraît définitivement guéri puisque, *pendant dix*

ans, il ne présente aucune récurrence. Ce n'est qu'en 1934 qu'une récurrence, pour la deuxième fois, se manifeste par l'apparition, sur l'ancienne cicatrice, d'un bourgeon de néo-formation, gros comme un pois.

Une biopsie est pratiquée sur ce bourgeon.

Compte rendu de l'examen histologique (Docteur ARDOIN).

En surface, bande épithéliale pavimenteuse à peine hyperplasique par endroits.

Plus profondément, présence de très importants groupes de glandes séreuses séparées par des faisceaux conjonctifs riches en fibroblastes. Dans ces formations néoplasiques lobulées, hypersécrétion muqueuse manifeste.

Plus profondément, îlots de cellules basophiles, avec formations kystiques sécrétantes et acini muqueux remaniés ou en voie de transformation. Nombreux acini muqueux non différenciés.

La majeure partie de la tumeur est constituée de cellules basophiles de formes variées disposées très irrégulièrement, suivant les endroits considérés. On peut observer une transformation hyaline à peu près complète des travées conjonctives aboutissant à un aspect cylindro-endothélioforme des plus nets.

Devant ce résultat histologique, bien que l'on insiste pour une réintervention immédiate, le malade est perdu de vue et ne réapparaît dans le service que six mois plus tard. A cette date (octobre 1934), la tumeur s'est considérablement développée.

Elle occupe la moitié gauche du voile en faisant bomber la partie médiane et postérieure, ayant récidivé là où siégeait l'ancienne tumeur. Mais de plus, elle gagne en dehors la loge amygdalienne gauche, le rebord alvéolaire du maxillaire supérieur, et comble le sillon gingivo-labial.

La région jugale, du côté gauche, est légèrement saillante. La peau reste mobile cependant, sur les plans profonds.

Signalons l'absence d'adénopathie.

Le malade se décide cette fois à accepter l'intervention qui lui est proposée. Il entre dans le service, mais sur ces entrefaits, il présente une angine d'apparence banale qui, rapidement se révèle comme étant la porte d'entrée d'une septico-

pyohémie pneumococcique avec localisations osseuses et articulaires.

La gravité de ces manifestations, sans aucun rapport avec la nature de la tumeur du voile, oblige à remettre l'intervention à une date ultérieure.

Le malade, dont la tumeur était à cette date à l'extrême limite de l'opérabilité, sort de l'hôpital en décembre 1934. Nous apprenons par la suite sa mort le 7 octobre 1935.

OBSERVATION N° 19

Cylindrome du voile du palais. (Inédite, dûe à l'obligeance des Docteurs PIERQUIN et RICHARD).

Mme C..., 38 ans, consulte en 1923 pour apparition lente et progressive de gêne respiratoire nasale et de voie nasonnée dont le début remonterait à deux ans.

Examen endo-buccal : tumeur à surface tomenteuse, envahissant la partie gauche du voile et empiétant en partie sur le voile dur. La luette est englobée, méconnaissable, la tumeur dépassant à droite la ligne médiane et descendant sur la cavité droite du voile mou. Surface mamelonnée, non saignante, dure au toucher et non douloureuse à l'exploration.

Pas de ganglions angulo-maxillaires ou carotidiens perceptibles.

Examen endo-nasal : envahissement de toute la fosse nasale gauche, du sinus maxillaire gauche et de l'ethmoïde. Angle inféro-interne de l'orbite suspect. Le plancher des fosses nasales paraît indemne. Cavité naso-pharyngée libre.

Examen histologique : épithélioma non épidermoïde d'architecture réticulée et avec dégénérescence muqueuse : cylindrome. (1^{er} mai 1923, Fondation Curie).

Traitement : Roentgenthérapie. Technique générale :

Etincelle	40 cms
Millis	2
Filtration	0,5 m/m Zn + 2 m/m Al.
Distance d'irradiation	40 cms.

Champs d'irradiation : 3 champs.

1 latéral, angulo et sus-angulo-maxillaire droit de 88 m/m de diamètre.

1 latéral gauche symétrique.

1 antérieur (nez de face) de 64 m/m de diamètre.

Durée d'irradiation :

Champ latéral droit 4 heures 04'

Champ latéral gauche 4 heures 32'

Champ antérieur 4 heures 15'

Au total 12 heures 51'

Etalement dans le temps : 13 juin au 20 juillet 1923.

Constatations après traitement :

27 juin 1923. — Muqueuse buccale rouge avec légère réaction diphtéroïde.

Diminution très nette et affaissement de la lésion du voile.

4 juillet. — Disparition presque totale (pratiquement totale) de la tumeur du voile.

Réaction diphtéroïde légère.

27 septembre. — Le voile paraît cliniquement indemne. Au niveau du palais osseux, de chaque côté de la ligne médiane, 2 masses allongées, profondes, adhérentes à l'os, lisses, régulières, de 4 à 5 cms de long et de 2,5 cms de large au point le plus large ; 1,5 cms d'épaisseur maximum.

4 avril 1924. — Persistance dans les fosses nasales d'une tumeur remplissant tout le méat inférieur, du volume d'un petit œuf, très dure au toucher. Respiration nasale assez libre.

Voile du palais normal.

Rien dans le cavum.

13 juin 1924. — Etat stationnaire, bonne respiration nasale. Aspect lisse du cornet inférieur qui reste très augmenté de volume sans qu'on puisse dire qu'il y ait une récurrence.

OBSERVATION N° 20

Cylindrome du voile du palais (Inédite. Due à l'obligeance du Docteur HAUTANT).

Mme B..., 33 ans, vient consulter le Docteur HAUTANT en août 1921 pour une tumeur vélo-palatine dont la biopsie indiquera la nature cylindromateuse.

Cette tumeur est apparue il y a quatre ans. A cette époque, un médecin porte le diagnostic d'abcès et incise la tumeur qui s'affaisse (?) pour réapparaître ensuite d'une façon lente et progressive.

Actuellement la tumeur ne provoque qu'un peu de gêne respiratoire, que quelques douleurs irradiant vers l'oreille droite.

A l'examen : induration de la moitié droite du voile du palais, empiétant sur la voute palatine. Envahissement partiel de la luette. Surface irrégulière, tomenteuse, exulcérée, mais peu saignante.

Aucun retentissement ganglionnaire dans les régions angulo-maxillaires et carotidiennes.

On décide de traiter la malade par la *radiothérapie*.

Irradiation de la région angulo-maxillaire avec la technique suivante (Docteurs Richard et Pierquin).

Date	Etinc.	Millis	Al m/m	Dist.	Temps
19 sept. 1921...	25	3,5	12	35	48'
20 sept. — ...	—	—	—	—	98'
21 sept. — ...	—	—	—	—	60'
22 sept. — ...	—	—	—	—	90'
23 sept. — ...	—	—	—	—	74'

Total : 6 h. 10'

La malade est revue en février 1922. On ne constate qu'une légère régression des lésions vélo-palatines, sans amélioration sensible.

En mai et octobre 1922, nouvelles séances d'irradiations :

Date	Etinc.	Millis	Filtre	Dist.	Temps
30 mai	30	2,5	12 m/m	35	60'
31 mai	30	2,5	12 m/m	35	60'
19 octobre ..	30	2,5	12 m/m	35	60'

Le 18 juin 1923, huit mois plus tard, l'état local est pratiquement inchangé, depuis le dernier traitement.

En juillet 1923, la malade subit à nouveau deux séances d'irradiations :

Date	Etinc.	Millis	Filtre	Dist.	Temps
18 juil. 1923.	40	2,00	12 m/m	40	50'
20 juil. — .	40	2,00	12 m/m	40	60'

La malade est revue une dernière fois le 9 avril 1924. La lésion a augmenté en épaisseur et en étendue.

OBSERVATION N° 21

Cylindrome de la voûte palatine (Inédite. Professeur F. LE-MAITRE).

Mme M..., 80 ans, présente une tumeur du palais sur laquelle une biopsie est pratiquée. Depuis la malade n'a pas été revue.

Compte rendu de l'examen histologique, 6 décembre 1933 (Docteur ARDOIN).

Tumeur constituée par de très nombreux lobes épithéliaux de structure glandulaire (dont on peut saisir assez bien en certains endroits la filiation avec certains éléments restés normaux à la périphérie du fragment).

Disposition architecturale lobulée ou cordonale, ces éléments étant formés de cellules petites et régulières. Le centre des cordons est fréquemment creusé de cavités arrondies ou ovalaires remplies de mucus.

Stroma assez bien vascularisé et tenant une place assez restreinte dans les différentes préparations soumises à l'examen : il revêt l'aspect sclérosé ou hyalin.

Le mucicarmine confirme le diagnostic d'évolution *cylindromateuse sur une tumeur mixte*.

Dans notre exposé clinique, établissant un parallèle entre les cylindromes du palais et les tumeurs mixtes de la même région, nous signalerons, chemin faisant, les traits communs et les caractères distinctifs de ces deux variétés voisines de processus tumoraux.

Au niveau du voile du palais, tout comme au niveau des glandes salivaires et des glandes lacrymales, nous retrouvons la même silhouette générale des tumeurs cylindromateuses. De même qu'une tumeur mixte vélo-palatine est calquée sur une tumeur mixte parotidienne, de même un cylindre du voile diffère-t-il peu d'un cylindre salivaire.

Peut-être son début est-il plus insidieux encore, peut-être a-t-il encore plus le temps de se développer, d'atteindre des proportions plus considérables avant d'être découvert par le malade.

C'est qu'en effet, son développement n'entraîne aucune gêne fonctionnelle, ne déclenche aucune douleur. Cette indolence, cette absence de troubles de la déglutition, contrastant avec l'existence d'une tumeur déjà volumineuse, est une notion classique, depuis longtemps attribuée aux tumeurs mixtes vélo-palatines.

Ceci explique que la tumeur sera souvent découverte par hasard, au cours de circonstances fortuites, le malade baillant devant une glace comme dans notre observation n° 17.

Tardivement se manifestera une certaine maladresse à la déglutition, un peu de nasonnement.

Le plus souvent, les premiers troubles fonctionnels qui

apparaissent, seront d'ordre respiratoire, mais indirect, déjà en rapport avec une extension nasale de la tumeur.

Le malade accuse alors une sensation d'obstruction nasale s'accompagnant parfois d'écoulement séro-sanguinolent unilatéral.

Il est plus rare que la gêne respiratoire soit due à la tumeur vélitique elle-même, sauf lorsque cette dernière, devenue considérable, rétrécit et obstrue presque complètement l'orifice bucco-pharyngé.

Nous insisterons sur les caractères objectifs de la tumeur. C'est en effet une des rares localisations où le cylindrome, immédiatement sous-muqueux et directement visible dans sa quasi totalité, est susceptible d'être examiné à loisir.

La tumeur présente certains caractères qui permettront à notre avis de poser cliniquement le diagnostic de cylindrome sans pour cela attendre le résultat de la biopsie.

Nous ne ferons que rappeler certains caractères que le cylindrome partage en commun avec une tumeur mixte banale : le point de départ, à cheval sur le palais mou et le palais osseux : le développement d'abord unilatéral dans l'épaisseur du voile : l'aspect de tumeur bien circonscrite, quelquefois lobulée, distendant une muqueuse amincie et le plus souvent non ulcérée : la consistance inégalement ferme.

Un examen attentif du voile indiquera qu'en réalité cette masse siège dans une infiltration tumorale dont elle représente le point culminant. Il est fréquent de distinguer groupées autour d'elle, des nodosités moins accusées, confluentes, et qui soulèvent irrégulièrement la muqueuse sur une certaine étendue.

L'existence de ces petites masses sphériques, agglutinées autour de la tumeur principale, donne à l'ensemble de l'in-

filtration tumorale, un aspect mamelonné et framboisé qui nous est apparu comme particulier au cylindrome.

La planche qui se rapporte à notre observation 17 représente cet aspect et est plus évocatrice qu'une longue description.

En se développant dans l'épaisseur du voile, le cylindrome peut rétrécir l'orifice bucco-pharyngé et faire saillie dans le rhino-pharynx, envahir la luette et dépasser la ligne médiane. Il n'est pas rare de le voir infiltrer en dehors le rebord alvéolaire du maxillaire et atteindre en bas la loge amygdalienne.

Lorsqu'il a acquis un développement important, une ulcération apparaît au niveau de la tumeur : c'est une ulcération par usure, par distension de la muqueuse qui siège d'ailleurs au point culminant de la masse tumorale, au maximum de pression.

Les bords de cette ulcération sont toujours nets et réguliers, jamais végétants. Le fond est comblé de masses granuleuses, jaunâtres, non sanguinolentes.

Cet examen endo-buccal doit toujours être complété par :

1° *L'exploration des territoires ganglionnaires correspondants.* Aucune adénopathie ne sera perceptible. Les ganglions seront indemnes de tout envahissement tumoral, quelque soit le stade évolutif atteint par le cylindrome. Dans toutes nos observations nous n'avons jamais trouvé cette règle en défaut.

2° *Un examen rhinoscopique.* L'examen des fosses nasales, surtout par la rhinoscopie antérieure — la rhinoscopie postérieure étant rendue souvent impossible par la tumeur elle-même — doit être systématiquement pratiqué. Il est fréquent de constater, même à un stade précoce, que le cylindrome n'est déjà plus seulement vélique, qu'il a

envahi déjà la fosse nasale correspondante. Nous l'avons observé chez trois de nos malades (observations 16, 17 et 19).

Cette extension nasale, réalisée par l'usure progressive de la voûte palatine, se manifestera soit par un soulèvement du plancher nasal, soit déjà par l'apparition de la masse tumorale, recouverte d'une muqueuse télangiectasique. Ce prolongement nasal comble la fente respiratoire ou, plus en dehors, le méat inférieur.

Nous avons vu que c'est cette extension nasale qui, beaucoup plus que la tumeur vélisque, est responsable des quelques troubles fonctionnels accusés par le malade.

La constatation d'une extension nasale est un argument en faveur du diagnostic de cylindrome; mais ce n'est qu'un argument de probabilité, ajouté à ceux fournis par l'examen endo-buccal. En effet, l'on s'accorde actuellement à reconnaître aux tumeurs mixtes banales du voile la possibilité, moins fréquente sans doute, de présenter elles aussi une extension nasale.

3° *Un examen radiographique des sinus maxillaires.* L'extension supérieure de la tumeur peut se faire plus en dehors et gagner ainsi directement le sinus maxillaire sans qu'aucun signe clinique n'indique l'existence d'un prolongement maxillaire, alors que ce dernier peut déjà occuper toute la cavité antrale. L'opacité d'un sinus maxillaire fera découvrir cet envahissement. Par contre, si le cliché n'indique aucune modification pathologique, il faudra se garder de conclure à l'intégrité certaine du sinus maxillaire. Chez un de nos malades (observation 17) on a découvert, lors de l'intervention, un prolongement tumoral occupant une grande partie de la cavité sinusale alors que les radiographies avaient été négatives.

Ce prolongement a toutes facilités pour se développer

librement dans le sinus en respectant pendant longtemps les parois de ce dernier.

4° *Un examen biopsique.* Ce dernier est en effet indispensable pour préciser le diagnostic. Certes, au cours de l'examen on aura pu noter certains caractères qui doivent faire penser à la nature cylindromateuse de la tumeur. Sur cette impression clinique, on ne peut bâtir qu'un diagnostic de probabilité : il appartient à l'examen histologique d'en montrer le bien-fondé.

Le prélèvement biopsique portera soit sur la tumeur vélique, soit plus commodément, sur le prolongement nasal.

L'évolution d'un cylindre du voile se résume en deux mots : *extrême lenteur, récides en série*. Notre observation n° 16 est absolument typique à ce point de vue. Voici un cylindre qu'il nous a été permis de suivre d'un bout à l'autre de son évolution. Cette évolution, très lente, s'étire sur une durée de treize ans. Pendant ce laps de temps, *la malade récidive cinq fois*, et les six interventions qu'elle a subies n'ont pu enrayer la tendance extensive du processus tumoral. Toutes les régions avoisinantes ont été successivement envahies. De vélique à son origine, le cylindre est devenu amygdalien et jugal, nasal et facial, temporal même.

Au point de vue histologique, les cylindres du voile peuvent être classés dans l'une des quatre catégories que nous avons reconnues aux cylindres des glandes salivaires.

Il est évident qu'on ne peut apposer à de telles tumeurs l'étiquette de bénignes. Même si l'on reconnaît aux tumeurs mixtes habituelles, une certaine tendance à la récidive, leur pronostic est de loin beaucoup plus favorable et leur avenir beaucoup moins sombre que ceux des tumeurs à évolution cylindromateuse.

Faut-il alors les qualifier de malignes ? Cependant, nous l'avons vu, elles évoluent pendant des années et ne donnent lieu à aucune métastase ganglionnaire ou autre.

Au sujet de la thérapeutique de ces cylindromes, nous indiquerons les résultats obtenus dans les cas que nous avons observés, nous réservant de discuter la valeur respective des méthodes thérapeutiques chirurgicale ou radiothérapique, dans la partie synthétique de notre travail.

Trois de nos malades ont été traités chirurgicalement (observations 16, 17, 18). L'une (observation 17) est de date trop récente, — huit mois — pour être retenue. Les deux autres, concernent des malades qui ont récidivé à plusieurs reprises. L'un (obs. 18) est resté dix ans sans récidive. L'évolution s'est étendue sur une période de 13 ans pour l'un, de plus de 15 ans pour l'autre.

L'exérèse chirurgicale, même large, n'a pas empêché les récidives de se produire.

Au point de vue opératoire, l'exérèse est facilitée par la présence d'une capsule, du moins lorsqu'il s'agit de la tumeur initiale. En cas de récidive, la limitation tumorale est moins nette, parfois inexistante; d'ailleurs, l'extension de la tumeur nécessite le plus souvent une résection atypique de l'infrastructure du maxillaire supérieur, combinée à l'exérèse de la partie vélitique.

Deux de nos malades ont été traités par la radiothérapie.

Pour l'un (obs. 19) le résultat a été favorable; le traitement a amené une régression presque totale de la tumeur, régression qui se maintenait un an plus tard.

Pour l'autre (obs. 20), ce traitement a abouti à un échec partiel. Le seul résultat acquis est d'avoir maintenu pendant deux ans et demi la tumeur à son degré initial et d'avoir peut-être retardé son évolution ultérieure.

2° CYLINDROMES DU REBORD ALVEOLAIRE DES MAXILLAIRES

Après la localisation vélo-palatine des cylindromes des voies digestives, c'est cette dernière localisation qui nous est apparue la moins rare.

Nous en apportons deux cas inédits observés au niveau du maxillaire supérieur.

Au maxillaire inférieur, un cas de cylindrome a été observé et publié par MAGDELAINE, en 1928.

OBSERVATION N° 22

Cylindrome du bord alvéolaire du maxillaire supérieur (Inédite, Professeur F. LÉMAITRE).

M. P..., 58 ans, présentait au niveau du rebord alvéolaire, (dent de sagesse supérieure droite), une petite tumeur dont l'aspect clinique rappelait celui des épithéliomas infiltrants.

Pas d'adénopathie dans les territoires ganglionnaires correspondants.

Biopsie le 13 mars 1934 : *compte rendu de l'examen histologique* (Docteur Ardoin).

La tumeur se montre nettement limitée à sa partie superficielle par un revêtement pavimenteux non hyperplasié, se présentant sous l'aspect d'une assez mince bande épithéliale continue, à basale bien régulière et sans effraction, et ne comportant pas d'ulcération. Tout à fait en surface, kératinisation de ce revêtement, avec plusieurs couches de cellules à éléidine.

Toute la profondeur du tissu est envahie par une tumeur constituée par des lobes et lobules ramifiés ou de cordons cellulaires de volume inégal.

Ces formations cellulaires sont formées d'éléments régu-

liers, assez petits, assimilables comme taille et comme aspect aux cellules de la couche basale épidermique. Elles sont creusées de cavités plus ou moins volumineuses, arrondies ou ovales. Seules, de nombreuses figures de mitoses sont disséminées parmi ces cordons : absence de monstruosité cellulaires.



FIG. 17. — Obs. N° 22. Baso-cellulaire en voie de cylindromatose.

Le stroma, assez abondant entre la muqueuse de revêtement et la tumeur, est excessivement réduit entre les différents lobules tumoraux. Il est bien vascularisé, infiltré de nodules lympho-plasmocytaires discrets et peu abondants.

Tout à fait en profondeur, et en marge de la tumeur, bourgeons épithéliaux jeunes avec tubes unistratifiés, et qui permettent de suivre la filiation entre ces éléments et les cordons épithéliaux constituant la tumeur.

Intervention en mars 1924 (Prof. F. Lemaître). Sous anesthésie locale, exérèse de la tumeur avec résection osseuse

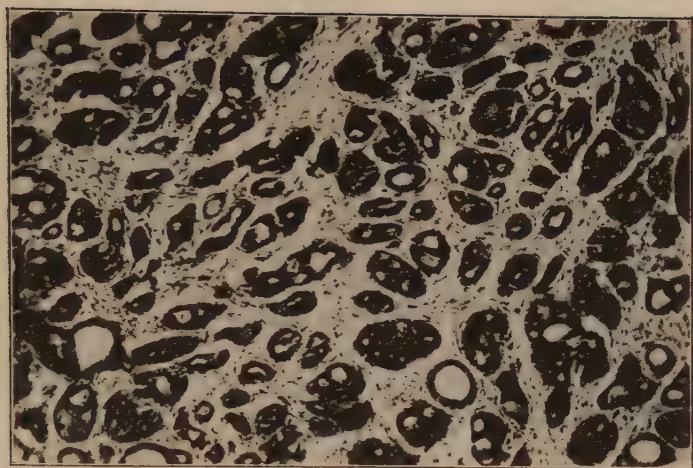


FIG. 20. — *Obs. N° 22.* Aspect de pseudo-cylindrome.

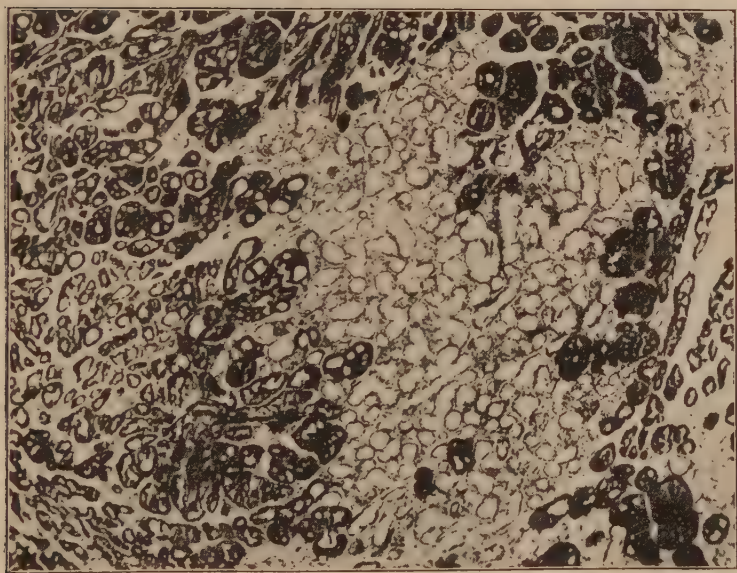


FIG. 21. — *Obs. N° 22.* Glandes et aspect de pseudo-cylindrome.

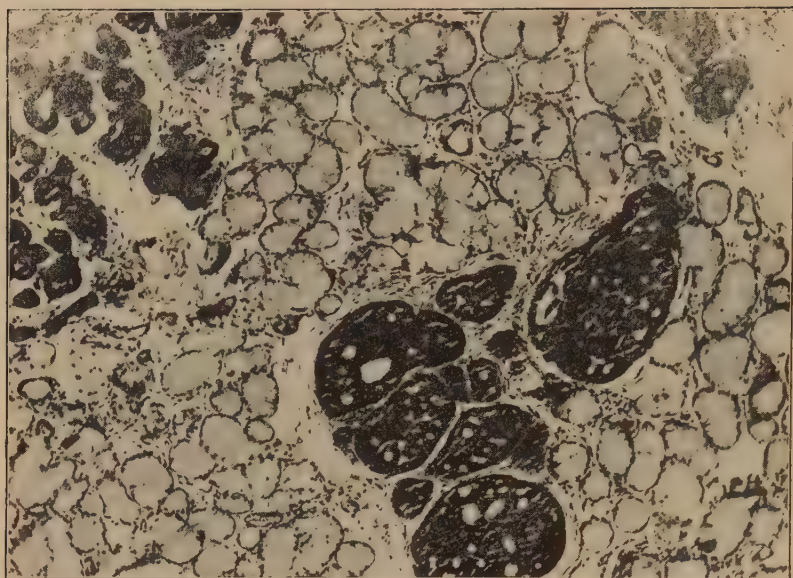


FIG. 22. — *Obs. N° 22.* Glandes et aspect de pseudo-cylindrome
(fort gross.).

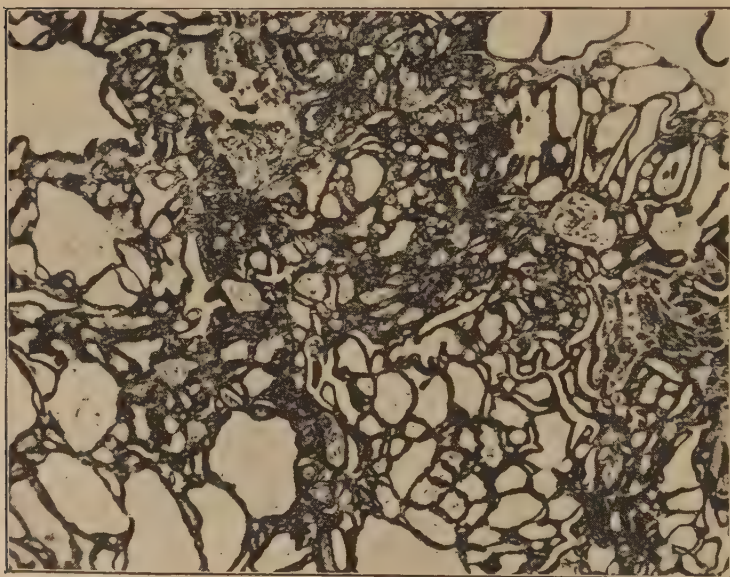


FIG. 23. — *Obs. N° 22.* Aspect cylindromateux.

aussi large que possible du rebord alvéolaire. Suite opératoire normale. Cicatrisation de la plaie buccale.

Examen histologique de trois fragments de la pièce opératoire (Docteur ARDOIN).

La tumeur ne présente pas de particularités bien déterminées si on la compare au prélèvement précédent.

Les fragments se trouvent divisés en cloisons conjonctives plus ou moins compactes, et séparant les lobes néoplasiques. Parmi ces lobes, présence d'assez nombreuses cavités de sécrétion exocrine. Les cellules constituant lobes et travées sont petites et régulières et présentent de rares mitoses.

Sur certains fragments, la néoplasie vient au contact même de travées osseuses, et on constate même en certains endroits un envahissement net du périoste, la tumeur venant au contact de l'os qu'elle ne détruit pas.

Récidive trois mois plus tard (juin 1934) à la partie postérieure de la fosse nasale droite qui est obstruée.

Biopsie (Docteur ARDOIN) : la tumeur envahit tous les fragments soumis à l'examen et il est impossible de retrouver l'existence de tissu normal.

Elle se montre constituée soit par des cordons cellulaires pleins et richement anastomosés comportant de petites cellules régulières et fréquemment creusées de cavités de sécrétion rondes ou ovalaires, soit par des cavités distendues souvent très volumineuses, constituant par leur ensemble de véritables lobes néoplasiques séparés par des cloisons conjonctives compactes souvent peu épaisses. Les travées se trouvent souvent déformées par la présence de nombreux corps oviformes.

Les différentes cavités comprennent un revêtement épithélial stratifié, généralement sur deux couches de cellules cubiques, et absolument superposables à celles rencontrées au niveau des cordons pleins. Les cloisons sont purement épithéliales en certains endroits ; de nombreuses cavités ont dû se fusionner, donnant alors naissance à des cavités secondaires très volumineuses, avec contours capricieux et festonnés, qui se montrent remplies d'un liquide ayant les affinités tinctoriales de la mucine, et pouvant comporter quelques hématies et cellules endothéliales desquamées. En résumé :

il s'agit d'une tumeur cylindromateuse d'origine glandulaire vraisemblable, mais de morphologie sensiblement différente des prélèvements précédents.

On a recours alors à la *radiothérapie*.

En juin 1934, mise en place dans la fosse nasale droite de sondes de radium (Docteur Pierquin). Le malade reçoit au total une dose de 12 mcd (deux mcd pendant trois jours 8-11 juin 1934).

La réaction locale consécutive est intense et persistante. Une communication bucco-nasale s'établit, entraînant un reflux de liquide par le nez et des troubles de la phonation.

Revu le 2 août 1934, le malade présente une perforation arrondie de la partie postérieure de la voûte palatine à cheval sur le palais osseux et le palais mou ; creuse de deux à trois centimètres, à fond sanieux, verdâtre, et communiquant avec la fosse nasale droite. Il s'agit vraisemblablement d'une nécrose consécutive aux applications de radium et non d'une récurrence tumorale.

Trois mois plus tard, apparition d'une récurrence fusant vers la fosse ptérygo-maxillaire. Toujours pas d'adénopathie perceptible. Mort de cachexie (?) en décembre 1934.

OBSERVATION N° 23

Cylindrome du maxillaire supérieur , à point de départ alvéolaire (Inédite, Professeur F. LEMAITRE).

Mme B..., 45 ans, est vue pour la première fois en 1926 à l'Hôpital Saint-Louis.

Deux ans auparavant, apparition d'une petite tuméfaction indolore du rebord alvéolaire gauche, gênant le port d'un appareil de prothèse.

Première intervention, en mars 1926 (Prof. F. Lemaître) : exérèse large de la tumeur, entraînant un orifice de communication bucco-nasale.

Revue en 1927. Aspect parfait de la plaie. Pas de récurrence. Appareillage pour obturer la communication bucco-nasale.

Revient en mai 1932. Apparition progressive d'obstruction nasale et d'épiphora gauche : gêne légère au niveau de l'ancienne plaie opératoire : aucune douleur.

Localement, déformation légère de l'hémiface gauche qui est tuméfiée. Peau non envahie. A la palpation, infiltration profonde masquant les plans osseux. Le bord inférieur de l'orbite est envahi, déformé, épaissi et fortement encoché en un point.

Examen endo-buccal : l'orifice de communication bucco-nasal est comblé par du tissu de néo-formation bourgeonnant et saignant au moindre contact.

Examen nasal : obstruction complète de la fosse nasale gauche par des bourgeons rougeâtres saignant facilement.

Radiographie : infiltration totale du maxillaire supérieur gauche, avec envahissement du plancher de l'orbite.

Biopsie sur le prolongement intra-nasal : compte rendu de l'examen histologique (Docteur ARDOIN), mai 1932.

Le premier fragment, prélevé en pleine tumeur, ne montre aucun revêtement épithélial ; il est entièrement constitué d'amas cellulaires et de lobules épithéliaux d'importance très variable, formations épithéliales séparées par des cloisons de tissu riche en fibroblastes. Les cellules composant lobules et amas, sont toutes semblables, régulièrement arrondies ou ovalaires, franchement basophiles, et comportent un cytoplasme très réduit. Absence à peu près totale de mitoses et de monstruosité. Les amas pleins de cellules basophiles, correspondent bien à la transformation d'acini glandulaires ; à signaler dans quelques lobules, une persistance de sécrétion muqueuse, et formations de quelques rares et discrètes cavités kystiques, réalisant l'aspect pseudo-cylindromateux.

Le deuxième fragment montre à peu près les mêmes amas de cellules basophiles, mais les cavités de sécrétion sont beaucoup plus nombreuses, et le remaniement hyalin de la forme cylindromateuse est des plus nets, avec cellules épithéliales en voie d'atrophie dans des coulées de stroma hyalin.

Le 17 mai 1932, *deuxième intervention* (Docteur MADURO).

Rhinotomie paralatéro-nasale. Résection atypique du maxillaire supérieur gauche, dépassant la ligne médiane.

Compte rendu histologique de l'examen de la pièce opératoire (Docteur ARDOIN).

Fragment constitué de lobules à cellules basophiles réparties autour de cavités remplies de sécrétion ayant les réactions tinctoriales du mucus. En plus des aspects décrits pour les deux fragments de la pièce précédente, on peut observer par endroits quelques ébauches de métamorphose adamantinoïde, avec petites cellules à noyau hyperchromatique, sans cytoplasme très visible, et nettement fusiformes et étoilées.

Conclusion : Remaniement pseudo-cylindromateux et ébauche de forme infiltrée à cellules adamantinoïdes.

La malade est revue en novembre 1935.

Elle ne présente d'autres troubles qu'une grande difficulté à l'élocution. La parole est confuse, fortement nasonnée du fait de la communication bucco-nasale qui persiste assez large.

Examen buccal : état parfait de l'ancienne plaie opératoire. Il n'y a pas de trace apparente de récurrence. En particulier, ce qui reste de la voûte palatine, n'est ni déformé, ni infiltré.

Examen endo-nasal : révèle, par contre, un début de récurrence. Le plancher de la fosse nasale droite est comme soulevé par une masse bosselée, non ulcérée, sous une muqueuse d'aspect normal.

Le 7 décembre 1935, troisième opération sous anesthésie générale (Prof. F. LEMAITRE, Y. LEMAITRE).

Incision du sillon gengivo-labial du côté droit et décortication des téguments de l'hémi-face. Trépanation de la paroi antérieure du sinus maxillaire, ce qui permet de contrôler l'intégrité de ce dernier. En examinant alors l'extension de la récurrence, on se rend compte que cette dernière, beaucoup plus étendue que ne le laissait prévoir l'examen, a envahi le pied du vomer, une grande partie de la cloison nasale et qu'en dehors elle a fusé dans ce qui restait de la voûte palatine. Abrasion de la cloison et de la voûte du côté droit, si bien qu'après l'opération il ne reste plus qu'une petite partie de voûte attenante au rebord alvéolaire du côté droit (le quart environ de la totalité de la voûte). Les téguments de la région bucco-

nasale n'étant plus soutenus en avant par aucun relief osseux s'enfoncent en profondeur. Il en résulte une importante déformation esthétique par aplatissement de la région.

Pas de récurrence actuellement.

Ces cylindromes siègent habituellement à la partie postérieure du rebord alvéolaire, en regard des grosses molaires.

L'aspect de la tumeur est assimilable à celui que réalisent les épithéliomas spino-cellulaires ou intermédiaires que l'on a coutume de rencontrer à ce niveau.

Leur allure générale paraît être, à première vue, copiée sur ces derniers. Les cylindromes s'en écartent cependant à un double point de vue :

1° *Au point de vue histologique* : ce sont des tumeurs épithéliales, à architecture complexe, d'origine glandulaire vraisemblable, et dont le caractère le plus important est la présence dans les boyaux néoplasiques de cavités arrondies ou ovalaires, remplies d'une substance ayant les affinités tinctoriales de la mucine. Les cellules épithéliales elles-mêmes ne présentent pas toujours des caractères nets de malignité.

2° *Au point de vue évolutif et pronostique* : leur évolution extensive est plus lente. Ils ne donnent pas de métastase, ne s'accompagnent pas d'envahissement ganglionnaire. Lorsqu'ils se propagent à l'os, ils procèdent plus par usure que par envahissement et infiltration réels.

A ce sujet, le cas de MAGDELAINE est démonstratif. Le maxillaire inférieur, au niveau de son angle, était complètement évidé et se présentait « comme une gouttière. La branche montante, de même que la partie postérieure de la branche horizontale, étaient véritablement dédou-

blées par le développement de la tumeur. Il ne restait plus que la table externe et la table interne d'un os épaissi et complètement évidé ».

Ils récidivent fréquemment. Ils font preuve donc de malignité mais *d'intensité dégradée*. Si l'on veut les situer dans l'échelle de malignité croissante des épithéliomas de la muqueuse buccale, nous dirons qu'ils en occupent le premier échelon.

La thérapeutique de ces tumeurs d'origine alvéolaire (maxillaire supérieur) sera envisagée dans l'étude des cylindromes des fosse nasales et des sinus. Il n'existe en effet qu'une différence d'origine entre ces deux groupes, que l'extension du processus tumoral se chargera d'unifier assez rapidement.

3° CYLINDROMES DU PLANCHER DE LA CAVITE BUCCALE

Voici une observation de cette localisation assez rare.

OBSERVATION N° 24

Cylindrome du plancher de la cavité buccale (Inédit Prof. F. LEMAITRE).

Mme S..., 46 ans, consulte à l'Hôpital Lariboisière en mai 1932, pour une tumeur du plancher de la bouche se développant insidieusement, sans douleur, depuis plusieurs mois.

La tumeur n'a manifesté sa présence que par la gêne qu'elle occasionne au port d'un appareil de prothèse.

Examen : petite tumeur, grosse comme une amande, soulevant la muqueuse du sillon alvéo-lingual, en regard de la région molaire gauche. Bien limitée, roulant sous le doigt, de consistance dure.

Aucun trouble de la sécrétion salivaire. L'orifice du canal

de Warton est normal. La glande sous-maxillaire est normale. Pas de ganglions.

Intervention le 13 mai 1932 (Prof. F. LEMAITRE).

Anesthésie locale. On procède, comme pour l'ablation d'un calcul salivaire que la masse rappelle d'ailleurs par son siège, sa forme et sa consistance. En réalité, on trouve une petite masse tumorale, accolée au canal de Warton et assez facilement clivable. Les diagnostics d'adénome glandulaire, de tumeur mixte sont envisagés. La pièce opératoire est conservée pour examen histologique.

Suites opératoires très simples ; cicatrisation rapide de la plaie buccale.

Compte rendu de l'examen histologique (Docteur ARDOIN).

Quelques très rares acini glandulaires normaux ou en état d'hypersécrétion, peuvent être relevés au hasard de la préparation. Deux aspects morphologiques différents peuvent être observés : d'une part, nombreuses petites cavités de sécrétion bordées de cellules néoplasiques basophiles généralement réparties sur une, deux ou trois couches de cellules stratifiées ; quelques amas pleins de cellules basophiles, assez étendus et où persiste encore en de nombreux endroits quelque sécrétion muqueuse. Ici, stroma inter-acineux nettement fibroblastique et bien organisé. Ailleurs, présence de formations néoplasiques micro-kystiques sécrétantes, et engainées par de la substance mucoïde. Ces cavités sont remplies d'une substance colorable au muci-carmin.

Conclusion : état pseudo-cylindromateux caractéristique. Forme évolutive de tumeur mixte acineuse.

Revue en novembre 1935, état local parfait : pas de récurrence. La malade attire notre attention sur une masse apparue depuis six mois environ dans le creux sus-claviculaire gauche.

Nous pensons à la possibilité d'une métastase ganglionnaire. En réalité le creux sus-claviculaire est comblé par une masse sans limite précise, de consistance molasse, rappelant la consistance si spéciale des lipomes.

Ces cylindromes qui se rapprochent des cylindromes de la glande sublinguale naissent aux dépens des éléments glandulaires épars dans le plancher buccal.

D'origine profonde, sous-muqueuse, ils se développent insidieusement et font leur apparition soit dans la cavité buccale dont ils soulèvent la muqueuse, y adhérant par endroit, soit dans la région sous-mentale ou sublinguale, où ils viennent faire saillie lorsqu'ils atteignent un certain développement. Le palper bi-digital fera apprécier le volume de la tumeur et reconnaître les caractères physiques généraux de toute tumeur cylindromateuse.

Ils partagent la même allure évolutive que les autres cylindromes des voies digestives.

Leur extirpation chirurgicale est presque toujours possible par les seules voies naturelles. Plus rarement, on sera obligé d'avoir recours à la voie externe, à la voie transmandibulaire même, comme dans le cas publié par PORTMANN.

4° CYLINDROMES DE LA LANGUE

Nous avons retrouvé quelques exmples de cette localisation dans la littérature : EIGLER, EWALD, LUECKE, QUÉNU, PREUSSE, ZEIDLER, Von KRIEGER et MENZEL.

BRUNSCHWIG, dans une étude sur les tumeurs mixtes de la langue, réunit onze cas parmi lesquels nous comptons cinq cylindromes.

Nous en apportons une observation inédite :

OBSERVATION N° 25

Cylindrome de la langue (Inédite, due à l'obligeance des Docteurs PIERQUIN et RICHARD).

Examen d'entrée le 10 avril 1926 : au niveau du bord gauche de la langue, à l'extrémité du V lingual, la tumeur arrondie de la taille d'une noix sèche, déformant la face supérieure et le bord de la langue sans l'ulcérer, mais y adhérent.

Pas de ganglions perceptibles.

Biopsie (Fondation Curie) : *Cylindrome*.

Traitement :

16 avril 1926, — Anesthésie locale par infiltration. Pose de 6 aiguilles, double foyer, longue de 35 m/m : épaisseur platine 0 m/m 5. Aiguilles implantées à 45° par la face dorsale de la langue. Suture à la peau des têtes d'aiguilles.

20 avril 1926. — Ablation des aiguilles. Dose : 13 mdc en 7 jours, 6 aiguilles et 12 foyers de 15 m/m.

Constatations après traitement :

29 avril 1926. — Réaction diphtéroïde modérée, légère diminution de la tumeur.

12 mai 1926. — Réaction diphtéroïde pratiquement terminée. Tumeur nettement diminuée. La malade quitte l'hôpital Pasteur.

30 juin 1926. — Tumeur très diminuée, réduite aux dimensions d'un pois.

24 février 1928. — Induration limitée de la taille d'un petit pois : statu quo.

15 mars 1929. — Statu quo : induration de la taille d'un pois.

29 avril 1931. — Statu quo.

14 novembre 1934. — Léger accroissement du nodule précité : nodule de 10 à 12 m/m de diamètre, épais de 7 m/m environ.

7 février 1935. — Statu quo.

27 juin 1935. — Statu quo.

19 décembre 1935. — Le nodule augmente et présente un diamètre de 18 m/m environ.

On décide une deuxième radiumpuncture.

En janvier 1936 : pose sous anesthésie locale de 6 aiguilles 25 m/m à un foyer ; 5 de ces aiguilles sont mises en couronne, la 6^e au centre de la tumeur.

Traitement du 14 janvier au 21 janvier 1936. Dose : 5,73 mdc en 6 foyers et en 7 jours.

Constatations après traitement :

19 mai 1936. — Il reste sur le bord gauche de la langue, au voisinage d'implantation du pilier antérieur dans la langue un nodule de 10 m/m environ de diamètre et de 5 m/m environ d'épaisseur. Pas de ganglion. Ni gêne, ni douleur.

Ces cylindromes prennent naissance et se développent dans l'épaisseur même de la langue. Ils siègent, le plus souvent, dans la partie la plus difficilement accessible de cet organe, au niveau ou en arrière du V lingual.

Ils se présentent pendant longtemps sous la forme d'une nodosité dure, d'une noisette enchâssée dans la masse musculaire et ne s'accompagnent généralement pas de retentissement ganglionnaire.

Le Professeur F. LEMAITRE a observé un cas de cylindrome de la base de la langue accompagné d'adénopathie cervicale chez un vieillard de 72 ans. L'examen histologique des ganglions infirma le diagnostic d'extension tumorale par voie lymphatique en indiquant que l'on se trouvait en réalité en présence d'une *adénopathie tuberculeuse concomitante*.

La nature réelle de la tumeur est toujours méconnue tant que l'on n'a pas le résultat du prélèvement biopsique, et les diagnostics erronés de noyau cancéreux, de gomme à son début, de goître lingual sont successivement passés en revue.

L'observation de cylindrome lingual que nous rapportons est surtout intéressante au point de vue thérapeutique.

L'exérèse chirurgicale se heurte à nombre de difficultés qui tiennent à la situation profonde de la tumeur, dans une région très vasculaire, à son siège postérieur à la base de la langue et à l'existence plus ou moins nette d'un plan

de clivage. D'ailleurs, comme pour toute tumeur cylindromateuse, cette exérèse est très aléatoire en tant que résultat définitif.

La radionucléaire qui a pris le pas sur la chirurgie dans le traitement des cancers de la langue, nous paraît présenter, dans certains cas, de sérieux avantages sur le traitement sanglant. Elle est plus facile à réaliser et l'observation que nous publions démontre qu'elle est loin d'être inactive. En effet, le traitement a abouti à une résorption très marquée de la tumeur et à sa mise en sommeil pendant le temps fort appréciable de 10 ans.

En dehors des localisations que nous venons de passer en revue, nous avons retrouvé quelques rares exemples de cylindromes des lèvres, de la région amygdalienne, de la paroi postérieure du pharynx et de la région jugale.

Au sujet de ces derniers, dans un travail d'ensemble portant sur quarante cas de cancers de la joue, D. THÉODORESCO et HOFER ont rencontré un seul cas de cylindrome. Ce dernier n'a récidivé qu'au bout de 13 ans. Pour les autres tumeurs, l'apparition des récidives eut lieu en moyenne au bout de six à huit mois. Cette observation de cylindrome modifiait considérablement, faussait même la statistique rapportée par THÉODORESCO puisque, en tenant compte de ce seul cas, l'apparition des récidives pour les 40 cas, se faisait à 12 mois.

Cet exemple démontre la nécessité d'individualiser les tumeurs dites cylindromes des autres épithéliomas des voies digestives supérieures.

L'étude des faits cliniques nous a conduit à reconnaître aux cylindromes des voies digestives certaines particularités :

1° Leur point de départ relativement profond, sous-muqueux.

2° Leur origine glandulaire.

3° Leur pronostic variable : tantôt ils se comportent comme des tumeurs mixtes, avec tendance extensive et récidivante beaucoup plus accentuée : tantôt ils se comportent comme de véritables états cancéreux, mais à malignité dégradée.

Pour en terminer avec ces cylindromes, nous envisagerons dans un chapitre spécial, les rapports qu'ils peuvent présenter avec les adamantinomes.

5° CYLINDROMES ET ADAMANTINOMES

Parmi les dégénérescences malignes que peuvent présenter, très rarement d'ailleurs, les adamantinomes, et qui peuvent se faire au dépens des éléments épithéliaux ou des éléments conjonctifs de la tumeur, il a été signalé à titre d'exception la dégénérescence cylindromateuse.

Nous chercherons à établir si cette évolution spéciale ne modifie pas les caractéristiques habituelles des adamantinomes, au point de vue clinique et pronostique d'une part, au point de vue de leur radio-résistance d'autre part.

Cette évolution est très rare. Au maxillaire supérieur, sur les 16 observations d'épithéliomas adamantins rassemblés dans la thèse de ACHARD, un seul présentait un aspect cylindromateux. Au maxillaire inférieur, nous n'en avons retrouvé que de rares exemples.

Autant que l'on puisse se faire une opinion, basée sur un nombre aussi restreint de cas publiés, l'apparition de cette dégénérescence ne paraît pas modifier ou aggraver ni les caractères cliniques ni les caractères évolutifs habituels des adamantinomes. Aussi le terme de dégénéres-

cence qui implique une idée de malignité, nous paraît impropre. Mieux vaut parler d'évolution cylindromateuse, de cylindromisation sans pouvoir, du moins à l'heure actuelle, en tirer une conclusion quelconque.

Cependant, il a été publié un cas d'adantinome par BERCHER et GRANDCLAUDE où l'apparition de la cylindromisation s'est accompagnée d'une augmentation brusque du volume de la tumeur, d'éclatement de la coque osseuse, d'anesthésie mentonnière. Mais l'examen histologique a précisé qu'il s'agissait d'un épithélioma malpighien basocellulaire, « d'un retour vers la forme malpighienne ancestrale. » Ce qui compte ici, c'est la dégénérescence épithéliale, beaucoup plus que l'évolution cylindromateuse de cette dernière.

Il est encore plus aléatoire de préciser si l'apparition de la cylindromisation influe d'une façon ou d'une autre sur la radio-résistance de ces tumeurs puisqu'on n'est pas encore définitivement fixé sur le degré de radio-sensibilité ou de radio-résistance à attribuer aux adamantinomes eux-mêmes.

Le dogme de la radio-résistance de ces derniers ne paraît pas toujours justifié. Ch. RUPPE indique que les quelques rares cas d'adamantinomes que LACASSAGNE et PIERQUIN ont eu à traiter se sont comportés comme des tumeurs radio-sensibles et radio-curables.

Devant ces éléments contradictoires, il est difficile de se faire une opinion et encore plus d'en émettre une au sujet des adamantinomes à évolution cylindromateuse. Cependant, pour Ch. RUPPE, les radiations seraient inopérantes en cas de transformations cylindromateuses.

Le cas de BERCHER et GRANDCLAUDE a été traité par des applications de radium avec un résultat encourageant. « Cela tient peut-être au caractère atypique qu'ont pris les éléments de la tumeur devenus, dans leur forme baso-

cellulaire, plus radio-sensibles », ainsi que les auteurs le notent eux-mêmes.

Au sujet de cette cylindromatisation des adamantinomes nous reproduirons quelques documents anatomo-cliniques que nous devons à l'amicale obligeance du Docteur ARDOIN.

OBSERVATION N° 26

M. D..., 36 ans.

C'est à la suite de l'ablation de l'avant dernière molaire

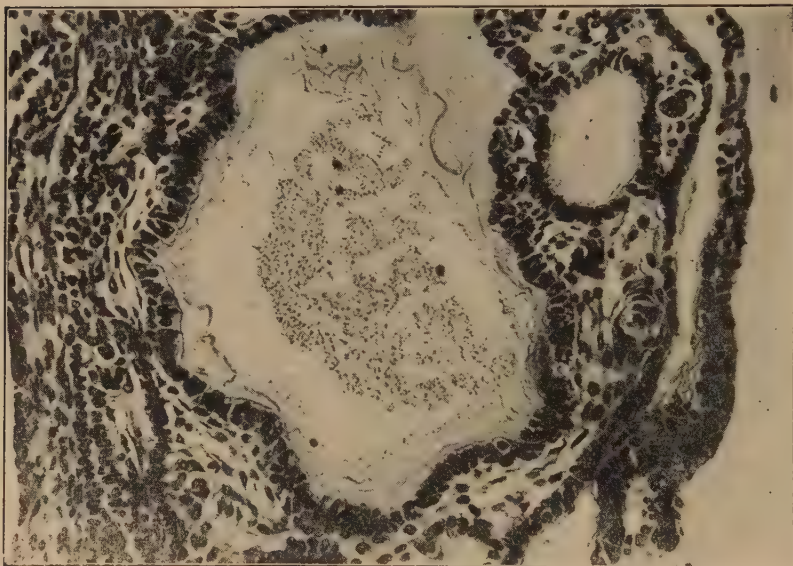


FIG. 24. — *Obs. N° 26.* Constitution progressive d'une basale par stratification de fibrilles fondamentales en bordure de la couche épithéliale palissadique.

inférieure que la malade voit se développer en ce point une tuméfaction accentuée au niveau des régions massétéline et préauriculaire.

Malgré deux interventions successives à deux années d'intervalle, la tumeur récidive ; l'envahissement qu'elle provo-

que, son volume, motivent une hémirésection du maxillaire inférieur.

Histologiquement : la tumeur paraît formée de cordons cellulaires pleins, plus ou moins denses suivant les régions considérées et circonscrivant une assez grande quantité de lobules ; deux parties sont à considérer : une partie épithéliale constituée par ces boyaux, et une partie de tissu conjonctif au sein de laquelle on peut déjà apercevoir des myéloplaxes parmi les cellules conjonctives libres et de larges nappes hémorragiques.

La portion épithéliale peut être schématisée en deux aspects différents. En certaines zones qui poussent des prolongements dans les bandes de tissu conjonctif jeune, les cellules sont parfois hautes et prismatiques, à noyau ovalaire disposé sur une ou plusieurs rangées. Les cellules qui se trouvent à l'intérieur de ces travées, sont déformées et distendues, réalisant par l'intermédiaire de leurs filaments d'union, l'aspect des cellules étoilées de l'adamantinome.

En certains endroits, ces cellules s'ordonnent même en dispositions concentriques, mais on ne peut observer dans la préparation de figure de parakératose ou de kératinisation nette.

D'autre part, les éléments épithéliaux peuvent, au lieu de s'insinuer dans le tissu conjonctif, circoncrire des cavités contenant une substance ayant les affinités tinctoriales du mucus. Là encore, les cellules épithéliales peuvent être dissociées par une substance inter-cellulaire leur donnant l'aspect adamantinoïde.

Le plus souvent, les cellules épithéliales sont ordonnées en boyaux pleins, et stratifiées parfois sur plusieurs couches.

Elles n'ont plus alors une forme prismatique, mais sont semblables à celles de la couche basale de l'épiderme.

Les cavités contiennent une substance mucicarminophile ; le plus souvent cette substance affecte une disposition en minces bandes progressivement rapprochées les unes des autres, au fur et à mesure que l'on se rapproche de la périphérie de ces véritables corps oviformes, allant jusqu'à former un épais feutrage, une membrane nette, séparant les éléments



FIG. 25. — *Obs. N° 26.* Persistance d'axe conjunctivo-vasculaire.

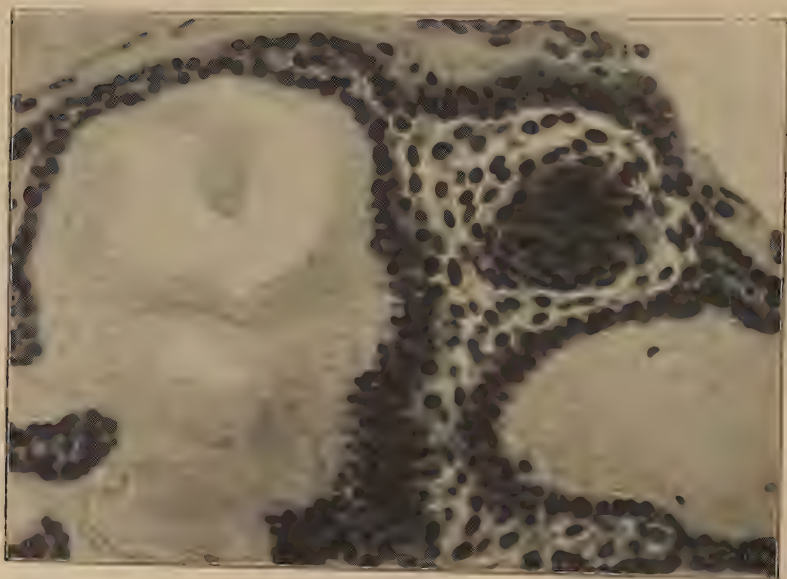


FIG. 26. — *Obs. N° 26.* Aspect cylindromateux et ordination bulbeforme.

épithéliaux des cavités. En certains points, les éléments conjunctivo-vasculaires ont presque totalement disparu, ne laissant alors que de vastes plages hémorragiques, avec persistance de fines lamelles conjonctives bordant les travées.

En résumé : double évolution, assez peu adamantinoïde, surtout cylindromateuse, avec persistance des éléments conjunctivo-vasculaires. Ce cas de juxtaposition est relativement rare : il semble impossible ici, de faire intervenir la sécrétion épithéliale dans la genèse de la substance répartie à l'intérieur des corps oviformes.

Ce cas est assez démonstratif, puisqu'il montre la dégénérescence des axes conjonctifs à des stades successifs, et le remaniement secondaire qui en résulte dans l'architecture de la tumeur.

OBSERVATION N° 27

M. H..., 69 ans. 8 avril 1932.

Cette tumeur se montre constituée par toute une série de travées épithéliales d'importance variable, et présentant en certains points des anastomoses multiples. Contrairement à ce que l'on peut observer dans un adamantinome typique, le stroma fibreux inter-fasciculaire est à peu près inexistant, ce qui donne à toute une partie de la tumeur composée presque uniquement de cellules épithéliales, un aspect compact et homogène.

En d'autres endroits, les travées épithéliales circonscrivent toute une série de cavités parfois très importantes, et dont la lumière est occupée par une substance acidophile possédant très faiblement la réaction tinctoriale du mucus.

Les cellules constituant les travées néoplasiques répondent aux caractères des cellules de l'adamantinome caractéristique : cellules bordantes, hautes et prismatiques, à disposition palissadique serrée ; cellules centrales étoilées, anastomosées par de multiples expansions cytoplasmiques et reproduisant le type cellulaire de l'organe de l'émail : en résumé, l'organe adamantin se trouve assez fidèlement repro-

duit, avec son tissu central réticulé, et la couche palissadique d'adamantoblastes.

Les phénomènes de kératinisation ou de parakératose ne peuvent être observés ; la tumeur se montre très vascularisée.

Cette observation est intéressante en ce qui concerne les cavités innombrables rencontrées dans la tumeur ; beaucoup

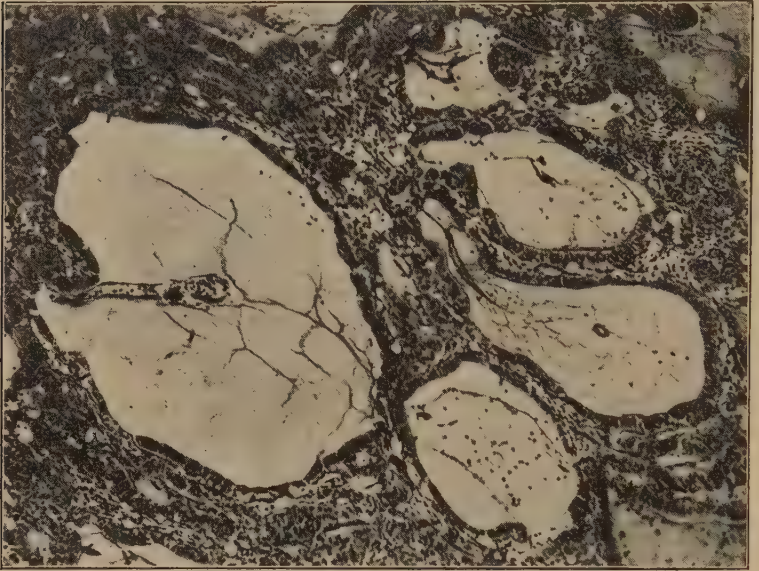


FIG. 27. — Obs. N° 27. Zone de cavités pseudo-cylindromateuses.

de ces cavités en effet, sont centrées par un axe conjonctivo-vasculaire, engainé par la substance mucoïde dans laquelle il tend à disparaître ; les vaisseaux qui n'ont pas encore subi d'altération secondaire, apparaissent bien nets et doublés de leur endothélium ; leur lumière est comblée d'hématies et de polynucléaires. Cette persistance des axes conjonctivo-vasculaires est à peu près constante.

La transformation mucoïde des axes conjonctivo-vasculaires semble donc en définitive aboutir à la constitution des cavités incluses dans le tissu tumoral.

Conclusion : adamantinome et dégénérescence pseudo-cylindromateuse.

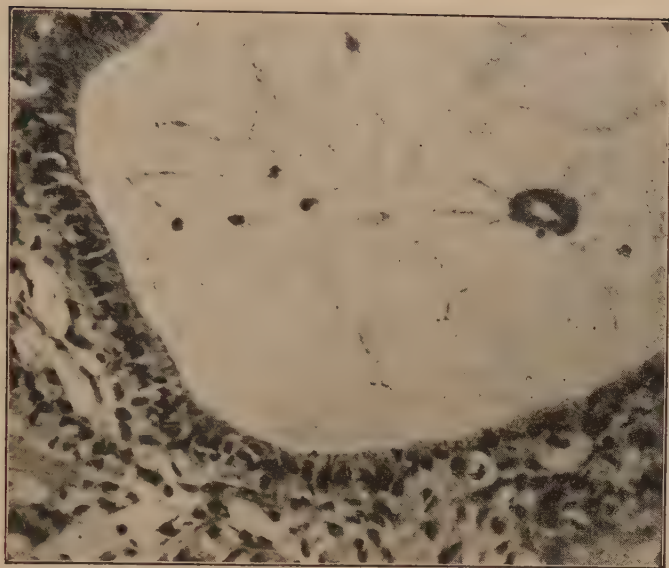


FIG. 28. — *Obs. N° 27.* Cavité cylindromateuse
et axe conjunctivo-vasculaire.

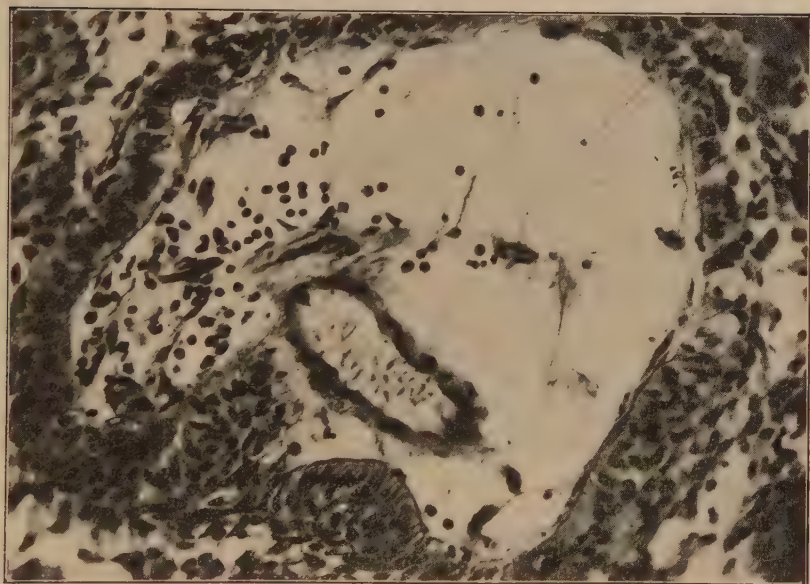


FIG. 29. — *Obs. N° 27.*
Persistance d'axe conjunctivo-vasculaire dans une cavité.

OBSERVATION N° 28

M. S. M., 11 août 1933.

Un seul des fragments appartient à la zone toute superficielle du prélèvement et comporte un épithélium de revêtement malphigien avec mince couche de cellules à kératohyaline en surface, couche moyenne sans modifications, et basale sans effraction.

Partout ailleurs, les fragments prélevés revêtent le même aspect histologique, à savoir une disposition en travées et lobes à contours tourmentés et festonnés et parfois largement anastomosés.

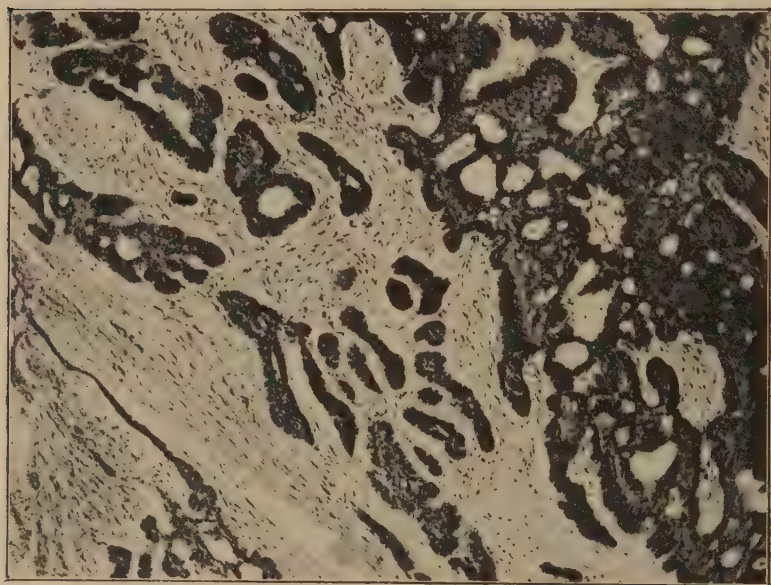


FIG. 30. — Obs. N° 28. Adamantinome et zone pseudo-cylindromateuse.

Les travées sont composées d'éléments revêtant l'aspect caractéristique de l'adamantinome : cellules basales hautes et prismatiques, nettement palissadiques, à noyau situé à la partie moyenne de la cellule ; cellules profondes polygona-

les et étoilées, avec filaments inter-cellulaires bien distincts, formant souvent des figures dentelées, véritable réseau à mailles très fines. En certains endroits, ébauches d'ordination concentrique d'évolution épidermique très discrètes ; ailleurs, remaniement aboutissant à la formation de minuscules poches kystiques, avec présence de mucus dans chaque cavité.

Le stroma est représenté par du tissu conjonctif pauvre en cellules fixes, assez vascularisé, parsemé d'amas lymphoplasmocytaires, avec vaisseaux congestifs.

Tout à fait à la périphérie de l'un des fragments, infiltration du stroma par une série de lobules épithéliaux ; quelques uns sont creusés de cavités de sécrétion mucicarminophile, ces différents éléments se trouvant groupés dans un tissu riche en fibroblastes. L'aspect du pseudo-cylindrome est nettement réalisé.

En résumé : adamantinome kystique typique et remaniement secondaire pseudo-cylindromateux.

CYLINDROMES DES VOIES AERIENNES SUPERIEURES

Dans ce chapitre nous étudierons les cylindromes :

1° *Des fosses nasales et des sinus,*

2° *du naso-pharynx,*

3° *du larynx et de la trachée.*

1° CYLINDROMES DES FOSSES NASALES ET DES SINUS

Si on les compare aux épithéliomas épidermoïdes ou cylindriques que l'on retrouve couramment dans ces régions, ces cylindromes paraissent rares.

Lorsqu'on parcourt les travaux d'ensemble parus sur les tumeurs malignes des fosses nasales et du massif facial, on retrouve dans la plupart d'entre eux quelques observations de cylindromes qui sont égarées parmi celles, très nombreuses, des tumeurs épithéliales malignes.

Dans la statistique de LAURENT (1924), nous relevons 3 cylindromes du sinus maxillaire sur 89 observations de tumeurs épithéliales, 1 cylindrome du sinus frontal sur 8 observations de tumeurs épithéliales, 2 cylindromes du sinus sphénoïdal sur 11 observations de tumeurs épithéliales.

Parmi les 37 cas rapportés par VERGER dans sa thèse sur le traitement des épithéliomas du maxillaire supérieur (1925) nous retrouvons 2 cylindromes.

Les 23 cas de tumeurs malignes du maxillaire supérieur étudiés par DECHAUME en 1927 comprennent un cas de cylindrome.

Ces proportions, sensiblement comparables l'une à l'autre, en moyenne de 5 % nous paraissent correspondre à la réalité, beaucoup plus que le pourcentage que nous relevons dans la thèse de GRIMES (1924) : 5 cylindromes parmi 18 observations de tumeurs malignes, soit une proportion manifestement trop élevée de 27,7 %.

NOOSTEN et Vos ont observé 4 cylindromes du sinus maxillaire sur un total de 15 tumeurs mixtes « para-buccales ».

Voici les deux cas que nous avons observés :

OBSERVATION N° 29

Cylindrome de la fosse nasale droite (Inédite. Prof. F. LEMAÎTRE).

Mme D..., 49 ans, se présente à la consultation de l'hôpital Lariboisière en décembre 1935, pour une gêne respiratoire surtout marquée du côté droit et étant apparue il y a un an et demi. Cette obstruction s'est accompagnée d'hémorragies nasales abondantes, fréquentes, se renouvelant périodiquement.

Examen : pas de déformation faciale visible. Cependant le pli naso-génien droit est comme effacé par rapport au côté opposé.

La rhinoscopie antérieure décèle du côté droit une masse dure, rouge, lisse, qui se présente par son extrémité antérieure et a l'aspect d'une tête de cornet inférieur hypertrophiée dont elle occupe d'ailleurs la situation.

Cette masse, à l'étroit dans la filière nasale, refoule la cloison qui est déviée du côté gauche. Elle saigne facilement au moindre attouchement ; un stylet en fait partiellement le tour sans que l'on puisse préciser son point d'implantation exact.

A la rhinoscopie postérieure, on aperçoit la partie postérieure multi-lobulée de la tumeur qui obstrue l'orifice choanal

droit et qui s'est librement développée dans le naso-pharynx. La tumeur envoie un prolongement masquant le bord postérieur de la cloison qu'il contourne et déborde à gauche.

L'examen endo-buccal fournit des renseignements négatifs ; pas de modification de la voûte ni du voile du palais qui paraît indemne. Le sillon gengivo-jugal n'est ni élargi ni abaissé.

Pas d'adénopathie carotidienne ou sous-maxillaire.

Excellent état général.

A la radiographie ; aspect normal du massif facial, transparence normale des deux sinus maxillaires.

Biopsie le 6 décembre 1935. Compte rendu de l'examen histologique (Docteur ARDOIN).

Absence à peu près totale d'épithélium de revêtement sur à peu près toute la longueur de la préparation ; quand il existe, ce revêtement persiste sous forme d'une couche de cellules cylindro-cubiques très altérées.

En profondeur, tissu pathologique partout. La tumeur est constituée de lobules plus ou moins importants, ou de travées de cellules basophiles très polymorphes, pouvant circonscrire de minuscules cavités de sécrétion. Quelques bandes de stroma compact cloisonnent irrégulièrement la tumeur.

On peut observer partout l'évolution cylindromateuse caractéristique, avec dégénérescence mucoïde du stroma, nombreux corps oviformes, et nombreuses cavités exocrines ordonnées en véritables lobes d'étendue parfois considérable. Les cloisons purement épithéliales, comportent parfois une stratification cellulaire de cinq ou six couches de cellules. Assez nombreuses mitoses — absence totale de monstruosité cellulaires.

Phénomènes d'inflammation secondaire sub-aiguë surajoutée.

Conclusion : cylindrome typique.

Intervention le 20 décembre 1935 (Prof. F. LEMAITRE, Y. LEMAITRE) : anesthésie générale au chloroforme, à la pipe de Delbet,

Incision paralatéro-nasale droite sans section de la lèvre

supérieure. Résection de la branche montante du maxillaire supérieur et de la paroi antéro-externe du sinus. Ce dernier n'est pas envahi par la tumeur mais contient des mucosités filantes en rétention.

Sous la muqueuse nasale, on devine la masse tumorale qui fait bomber et tend cette dernière. Incision de la muqueuse. Immédiatement au-dessous apparaît la tumeur qui se laisse facilement cliver.

La tumeur est à l'étroit, comprimée entre, en dedans, la cloison nasale qui est refoulée, en dehors, la région ethmoïdale qui est occupée en totalité par la tumeur, en bas, le plancher de la fosse nasale.

Presque partout, on peut en faire le tour. On l'extirpe assez facilement d'ailleurs de cette loge osseuse dans laquelle elle est encastrée.

Extirpation de la partie postérieure, pharyngée, de la tumeur qui se développant librement dans le cavum a pris un aspect multilobulé.

Ouverture du sinus sphénoïdal qui, lui aussi, est rempli de mucosités filantes. Sutures.

La malade revue en juillet 1936, ne présente pas de récurrence. Elle est régulièrement convoquée pour examens périodiques.

OBSERVATION N° 30

Epithélioma muqueux et aspect cylindromateux (Inédite. Professeur F. LEMAITRE).

Dans ce cas il s'agissait d'une tumeur des fosses nasales et du sinus maxillaire chez un homme de 53 ans, dont nous ne pouvons donner que le compte rendu de l'examen histologique, n'ayant pu nous procurer l'observation clinique.

Compte rendu de l'examen histologique. 30 juillet 1930 (Docteur ARDOIN).

Fragment revêtu d'un épithélium pavimenteux réduit à une ou deux couches de cellules qui reste séparé de la tumeur

par une fine bande de stroma d'allure pseudo-myxoïde ; la tumeur, très bourgeonnante et envahissante, est constituée de tubes épithéliaux très irréguliers, plongés dans une sécrétion muqueuse d'étendue considérable. En certaines zones, la sécrétion prédomine très nettement sur les formations néoplasiques ; ailleurs constitution de cavités creusées en plein stroma, et limitées par un épithélium discontinu, remplis de mucus, qui, sous pression injecte des interstices conjonctifs et les dissocie. Les cellules néoplasiques, polyédriques ou cylindro-cubiques, sont d'un volume très inégal d'un élément à l'autre ; elles ont un cytoplasme très clair, parfois semé de granulations. Leur noyau est très polymorphe, volumineux, le plus souvent ovalaire, hyperchromatique et grossièrement structuré. Les figures de mitoses sont très nombreuses (anomalies de règle). La disposition cylindromateuse de certains éléments est caractéristique ; le mucus forme un véritable étui autour des cordons néoplasiques ; la forme des cellules épithéliales rappelle plus ou moins la structure glandulaire salivaire. En profondeur, les îlots cylindromateux néoplasiques débordent les travées osseuses qu'elles dissocient.

En résumé : épithélioma muqueux et aspect cylindromateux.

Cette variété de cylindromes semble prendre naissance par ordre de fréquence décroissante, au niveau de l'ethmoïde, du sinus maxillaire, du plancher des fosses nasales, beaucoup plus rarement au dépens du sinus frontal, du sinus sphénoïdal et de la cloison nasale.

Cette énumération rend compte du polymorphisme clinique qu'ils peuvent revêtir. Essayer d'en tracer une symptomatologie détaillée serait passer en revue toute la pathologie tumorale des fosses nasales. Bien inutilement d'ailleurs, car le cylindre ne revêt aucune caractéristique clinique suffisante pour le différencier d'un processus tumoral, qu'il soit d'origine conjonctive ou épithéliale.

Même trouble fonctionnel : l'obstruction nasale accompagnée d'épistaxis, d'écoulements muqueux ou muco-purulents. Ces signes sont unilatéraux, tenaces et progressifs.

Même apparition de signes tumoraux, variables d'ailleurs suivant l'évolution tumorale dont nous rappellerons schématiquement les différentes modalités :

soit évolution antérieure, jugale, avec effacement de la fosse canine puis tuméfaction de la paroi antérieure du sinus maxillaire,

soit évolution inférieure, palatine, avec, au début, élargissement et abaissement du sillon gengivo-labial; ébranlement des dents qui sont douloureuses à la percussion. Puis à un stade plus évolué, effondrement de la voûte palatine et extension au voile du palais,

soit évolution externe, orbitaire. C'est là le fait des cylindromes à point de départ ethmoïdo-frontal. La tuméfaction apparaît à l'angle interne de l'œil, provoquant un soulèvement de l'os propre et de l'unguis, réalisant un élargissement unilatéral de la racine du nez. Puis, devenant franchement orbitaire, la tumeur refoule devant elle, en avant et en dehors, le globe oculaire.

soit évolution supérieure, endo-cranienne, réalisée par les cylindromes à point de départ ethmoïdo-sphénoïdal ou frontal. La propagation endo-cranienne peut se faire soit par usure de la lame criblée, soit par destruction de la paroi postérieure du sinus frontal.

Elle peut être absolument latente jusqu'au jour où elle se révélera par des accidents encéphaliques brutaux : troubles mentaux, attaques apoplectiformes, coma. Une des observations de GRIMES en est un exemple typique.

Cette propagation peut être annoncée par des troubles visuels : baisse progressive de l'acuité visuelle pouvant aboutir à l'amaurose totale par névrite rétro-bulbaire. Nous

en avons retrouvé quelques exemples (HAUTANT, FERRERI). Ce sont surtout les cylindromes à point de départ sphénoïdal qui réalisent ce type clinique : ils peuvent s'accompagner d'une propagation hypophysaire.

La rhinoscopie antérieure, systématiquement pratiquée en présence de l'un de ces symptômes, s'impose.

Cette dernière peut être négative, voire même trompeuse, ne faisant découvrir que des signes classiques de sinusite.

Habituellement, elle décèle une tumeur de couleur gris-rougeâtre ou franchement rouge, régulièrement arrondie ou lobulée, mais à surface lisse non végétante; elle n'est pas ulcérée.

L'exploration au stylet détermine généralement une hémorragie; cette exploration rend compte de la consistance ferme de la tumeur et de son indépendance des parois de la flière nasale. Le plus souvent elle ne permet pas de préjuger de son point d'implantation.

La rhinoscopie postérieure doit compléter cet examen, surtout si la rhinoscopie antérieure s'est avérée négative. Elle peut faire découvrir une tumeur à évolution uniquement naso-pharyngée; elle rend compte de l'étendue du prolongement postérieur très fréquent d'une tumeur nasale.

La radiographie ne fournit pas les renseignements auxquels on pourrait s'attendre; elle peut indiquer une ombre plus épaisse, plus massive, que ne le réalise une sinusite chronique. Quelquefois les contours de l'ombre sont bien arrêtés, constatation en faveur d'un processus tumoral bénin. Le plus souvent il faut se contenter d'une modification de la région ethmoïdale qui paraît élargie.

Quant à préjuger de l'extension de la tumeur, les renseignements que l'on peut déduire de la lecture du cliché sont encore plus aléatoires. L'opacité de certains sinus peut

faire croire à un envahissement tumoral, alors, qu'en réalité, ces derniers ne sont remplis que de fongosités ou de masses polypoïdes en rapport avec une infection nasale concomitante.

Par contre une plage sinusale peut être normale d'aspect bien que le sinus correspondant soit comblé par un prolongement tumoral.

L'extension endo-cranienne sera encore plus délicate à déceler. La destruction de la lame criblée n'a jamais pu être mis en évidence sur un cliché, comme l'a signalé notre maître M. HAUTANT.

La valeur de cet examen radiographique est donc très restreinte, aussi bien au point de vue de l'aspect que de l'extension du processus tumoral.

Notons l'absence d'adénopathie, mais au niveau des fosses nasales, les épithéliomas s'accompagnent exceptionnellement d'envahissement ganglionnaire et l'on ne peut pas voir là un caractère distinctif entre ces derniers et les tumeurs cylindromateuses.

Les caractères objectifs des cylindromes des fosses nasales ne sont donc nullement évocateurs de leur nature histologique particulière.

Ce sont, comme pour la plupart des tumeurs cylindromateuses d'ailleurs, les caractères évolutifs qui en créent l'individualité.

Ces caractéristiques sont : 1° *la lenteur dans l'évolution et leur tendance à la récurrence*. Le cas de M. HAUTANT (1925) évoluait depuis 9 ans et avait récidivé deux fois, une fois après une première exérèse chirurgicale, l'autre fois après un traitement radiothérapique.

2° *Leur accroissement* qui se fait par compression et refoulement des parties voisines, et non par infiltration.

Ce mode d'accroissement qui explique certains points particuliers aux cylindromes des fosses nasales, mérite d'être précisé.

Lorsque la tumeur ou un prolongement tumoral se développe dans une cavité vaste, tel le sinus maxillaire, elle peut atteindre de grandes proportions et ne donne lieu qu'à une symptomatologie discrète ou absente. A l'intervention, la masse nettement limitée se présente comme « flottante » dans la cavité sinusale, et indépendante des parois osseuses dans presque sa totalité.

Par contre, évoluant dans une région étroite, telle la filière nasale, les masses éthmoïdales, le sinus frontal ou sphénoïdal, la tumeur ne tarde pas à combler en totalité la région qu'elle occupe et à y manifester précocement sa présence.

Lorsqu'elle arrive au contact des parois limitantes de la région, elle les refoule. Certaines, solides, résistent : c'est le cas de la cloison nasale, qui, à la longue finit par s'infléchir et se dévier (observation n° 29). D'autres, plus grêles — lame papyracée, cloison éthmoïdale, paroi postérieure du sinus frontal, lame criblée — s'altèrent au contact du processus tumoral, deviennent poreuses, s'usent et se résorbent sans avoir subi l'infiltration tumorale.

Ces faits expliquent pourquoi, à l'intervention, la tumeur cylindromateuse, même lorsqu'elle a acquis un développement important, se présente sous l'aspect d'une tumeur bien limitée, indépendante des parois osseuses, sauf en de rares endroits où l'adhérence est plus prononcée. Chez notre malade (obs. 29), la tumeur était indépendante de la loge qu'elle s'était creusée dans la fosse nasale ; dans le cas de M. HAUTANT, la tumeur était partout bien limitée, sauf au niveau de la cavité orbitaire et du corps du sphénoïde et cela, malgré l'extension considérable du processus tumoral.

Le pronostic des cylindromes limités aux seules fosses nasales nous a paru être plus sévère que le pronostic des cylindromes de l'infrastructure du maxillaire supérieur.

Nous croyons pouvoir en donner l'explication suivante :

La gravité particulière de ces cylindromes n'est pas le fait d'une malignité plus accentuée, ni au point de vue histologique, ni au point de vue biologique ; elle est uniquement sous la dépendance de leur localisation particulière, ethmoïdo-frontale ou ethmoïdo-sphénoïdale, et s'explique par une caractéristique anatomique : l'étroitesse de la région d'origine et les rapports de voisinage immédiat qu'elle présente avec des organes vitaux, avec la fosse cérébrale antérieure et les espaces méningés. L'envahissement précoce de ces derniers est un facteur de haute gravité. En voici quelques exemples :

Le cas de Grimes est particulièrement démonstratif : la propagation endo-cranienne entraîna la mort en quelques jours à la suite d'accidents encéphaliques. A l'autopsie, on découvrit une tumeur de la grosseur d'un œuf de dinde qui occupait la fosse cérébrale antérieure et refoulait les méninges. La tumeur avait pris naissance au niveau de l'ethmoïde et avait résorbé la lame criblée. Elle envoyait différents prolongements : dans le sinus frontal, par résorption de la paroi postérieure de ce dernier ; dans le sinus sphénoïdal, occupant la cavité devenue unique de ce sinus par destruction du septum ; un prolongement vers la selle turcique et un prolongement intracérébral.

Dans l'observation d'HAUTANT, la tumeur avait détruit la lame criblée de chaque côté de la ligne médiane : « la dure-mère est dénudée sur 4 à 5 centimètres de longueur et sur 2 centimètres de largeur. Elle est blanche, très amin-

cie, laissant deviner les contours d'une circonvolution frontale, à tel point, que l'on hésite un moment à poursuivre l'intervention de crainte d'être en pleine cavité méningée. A la hauteur du sphénoïde, la tumeur envoie des prolongements vers chaque canal optique ».

Cette promiscuité des espaces méningés rend scabreuse toute tentative d'exérèse qui veut être complète ; elle contre-indique, lorsque la dure-mère a été largement dénudée, l'association de la curiethérapie à l'acte chirurgical.

Nous n'essaierons pas d'esquisser un exposé du diagnostic différentiel que posent les cylindromes des fosses nasales. Contentons-nous d'indiquer que ces tumeurs, même lorsqu'elles atteignent une extension importante, évoquent plus l'idée d'un processus bénin que d'un processus malin. C'est à la biopsie de découvrir la nature cylindromateuse de la tumeur.

La thérapeutique chirurgicale des cylindromes des fosses nasales et du massif facial, est soumise aux mêmes lois que la thérapeutique de toute tumeur maligne de ces régions : exérèse totale en passant en zone saine.

Cette exérèse est facilitée par la limitation assez précise du processus tumoral.

On aura recours, en cas de tumeur ayant envahi la totalité du massif facial, y compris la cavité orbitaire, à la résection totale du maxillaire supérieur, à laquelle on combinera parfois l'exentération de l'orbite.

En présence d'une tumeur prédominant à l'infrastructure du maxillaire supérieur, qu'elle soit d'origine digestive ou respiratoire, on emploiera la voie transmaxillo-nasale combinée à une exérèse plus ou moins étendue du plateau palato-dentaire.

En cas de cylindre à évolution haute, ethmoïdo-

orbitaire, la technique décrite par notre Maître HAUTANT pour les épithéliomas de la même région permet de contrôler cette dernière, ainsi largement exposée.

La chirurgie seule s'est avérée impuissante à enrayer d'une façon définitive la marche évolutive d'un cylindrome. Il nous semble prudent de recourir à la curiethérapie immédiatement après l'acte opératoire. Cette association enregistrera peut-être moins d'échecs que la seule chirurgie.

2° CYLINDROMES DU NASO-PHARYNX

Les cylindromes du naso-pharynx sont plus rares encore que les précédents. Nous n'en avons retrouvé que très peu d'exemples dans la littérature (MENZEL, SARGNON, SARGNON et MAYOUX). Il semble cependant qu'un certain nombre de ces tumeurs doit être retranché du groupe des endothéliomes dans lequel on les a rangé à tort.

Nous avons observé les quatre cas suivants :

OBSERVATION N° 31

Cylindrome du cavum (Inédite. Prof. F. LEMAITRE).

Mme Ch..., 45 ans, en parfaite santé, a noté depuis deux à trois mois l'apparition progressive d'enchiffrennement nasal accompagné de céphalée. C'est la persistance de ces signes qui la conduit à consulter en avril 1928.

Rhinoscopie antérieure : les deux fosses nasales sont libres, pas d'obstacle au courant respiratoire.

Rhinoscopie postérieure : très difficile à pratiquer, ne donne aucun renseignement. Par contre, après anesthésie vélo-pharyngée, la mise en place d'un releveur du voile permet de

découvrir l'existence de masses disséminées, par endroit confluentes, qui soulèvent la muqueuse au niveau de la paroi postéro-supérieure du cavum, avec très nette prédominance du côté droit.

Pas d'adénopathie.

Biopsie le 8 mai 1928 : compte rendu de l'examen histologique(Docteur Ardoin).

Quelques fragments comportent un revêtement épithélial pavimenteux. La sous-muqueuse œdémateuse est riche en petits lobules glandulaires séro-muqueux absolument normaux.

Sur les autres fragments on retrouve partout une tumeur répondant à deux aspects évolutifs différents : d'une part, groupement en amas cellulaires pleins, constitués de cellules basophiles très serrées et très semblables les unes aux autres, assez régulières et comportant de nombreuses mitoses. Ces cellules se rapprochent beaucoup de celles de l'épithélioma pavimenteux indifférencié ; mais ces amas sont creusés parfois de très petites cavités de sécrétion. A signaler encore que ces amas cellulaires présentent assez souvent une partie centrale en voie de désintégration. Ailleurs enfin, aspect typique de cylindrome (région profonde de la tumeur), avec persistance de quelques cavités de sécrétion exocrine, travées déformées par la présence de nombreux corps oviformes pouvant constituer alors de véritables lobes.

Tous les axes conjonctifs sont largement imbibés de mucus. Remaniement hyalin.

Tout à fait en profondeur, les éléments cylindromateux infiltrent le périchondre de deux grosses masses cartilagineuses.

Conclusion : cylindrome glandulaire.

Intervention (Prof. F. Lemaître).

Sous anesthésie générale, rhinotomie paralatéro-nasale. Par voie trans-sinusale on arrive sur la masse, qui se présente moins comme une tumeur que comme une infiltration sous-muqueuse. Exérèse difficile, peu satisfaisante. L'infiltration ne permet pas de passer à distance des lésions, en zone saine.

La tumeur récidive quelques semaines plus tard, ou plus

exactement, continue d'évoluer, d'une façon lente d'ailleurs. Les phénomènes douloureux, à type de névralgies obligent à recourir à la morphine... que la malade ne tarde pas à prendre à fortes doses.

Des troubles psychiques mis sur le compte d'une intoxication morphinique, mais peut-être dus à une propagation intra-cranienne, apparaissent. Mort six mois après l'intervention.

OBSERVATION N° 32

Cylindrome du cavum (Inédite. Prof. F. LEMAITRE).

Madame M... Ch..., âgée de 68 ans, qui avait perdu assez brusquement la vision de l'œil gauche, quelques semaines auparavant, vient consulter en décembre 1931, pour une obstruction, d'ailleurs assez légère, des voies respiratoires, et de la céphalée.

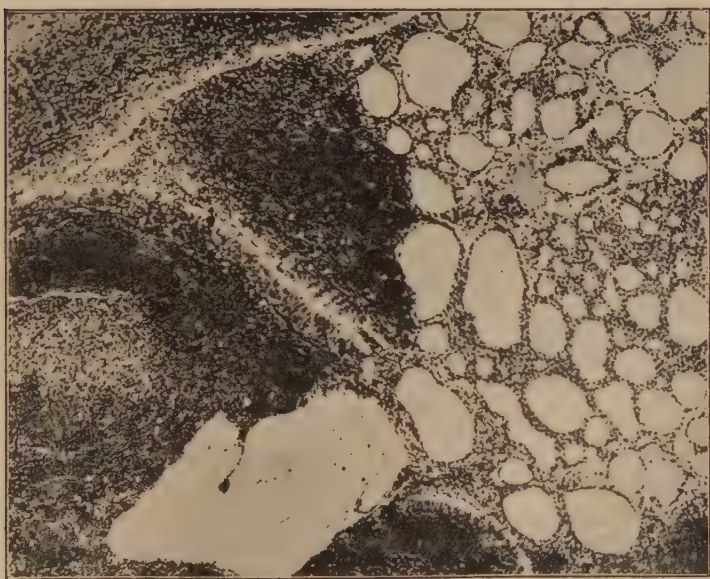


FIG. 31. — Obs. N° 32. Cylindrome et amas lymphoïdes.

Rhinoscopie antérieure : ne montre aucune lésion susceptible d'expliquer sa gêne respiratoire.

Rhinoscopie postérieure : difficile à pratiquer : ne donne que peu de renseignements : quelques mucosités encombrant le rhinopharynx.

Pharyngoscopie : c'est la pharyngoscopie qui va permettre de déceler la tumeur que l'on soupçonne et en préciser le siège et l'aspect.

Le pharyngoscope étant introduit par la narine opposée au siège présumé de la tumeur, montre l'existence d'une masse siégeant en arrière de l'orifice tubaire gauche, sur la paroi postéro-supérieure du cavum et empiétant sur la voûte ; masse que l'on devine par transparence sous une muqueuse qui ne paraît pas ulcérée mais très amincie et sillonnée de vaisseaux lui donnant un aspect télangiectasique.

Appareil auditif : à l'otoscopie, le tympan gauche est enfoncé, très rétracté.

L'examen acoumétrique précise une baisse assez nette de l'acuité auditive du côté gauche.

Aucune adénopathie n'est décelée.

Le diagnostic de tumeur maligne du rhinopharynx s'étant déjà propagée à la partie inférieure de la base du crâne, est porté.

C'est la biopsie qui précise la nature de cette tumeur (8 décembre 1931).

Compte rendu de l'examen histologique (Docteur ARDOIN).

Sur les six fragments prélevés, les uns intéressent un tissu purement épithélial, les autres du tissu lymphoïde. Ils peuvent être résumés sous deux types de description histologique.

a) Pièce principale : à la périphérie, tissu épithélial cylindrique stratifié, avec parfois présence de plateaux ciliés. Au-dessous de la muqueuse, très dense infiltrat lymphoïde traversé par de nombreux capillaires tous gorgés d'hématies et de quelques polynucléaires. Immédiatement au-dessous, le fragment paraît divisé en lobes et lobules ; présence de cordons cellulaires formés de petites cellules très régulièrement arrondies ou ovales ; ces cordons cellulaires sont plus ou moins épais suivant les régions considérées et peuvent par-

fois prendre l'aspect de véritables plages remplies de cellules. Ces cordons sont creusés de cavités arrondies, les unes particulièrement volumineuses. Présence de cavité de sécrétion exocrine au niveau de ces cordons. En certains endroits, déformation des travées par la présence de nombreux corps oviformes. On peut suivre dans la préparation toutes les phases de l'évolution mucoïde.

En résumé : aspect typique de cylindrome développé dans la sous-muqueuse.

b) Pièce secondaire : répond d'une part à une évolution cylindromateuse, et d'autre part à un tissu lymphoïde avec follicules lymphoïdes et centres germinatifs sous une muqueuse cylindrique hyperplasiée.

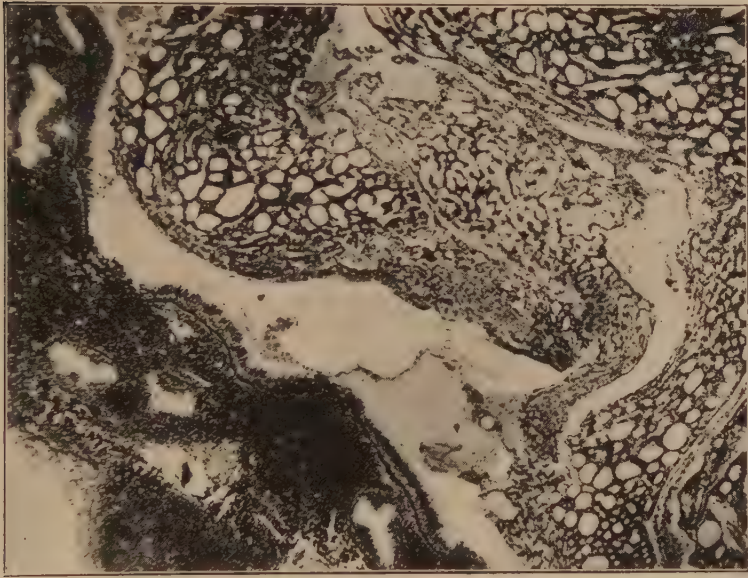


FIG. 32. — Obs. N° 32. Cylindrome et muqueuse.

Ce tissu comporte de nombreuses glandes muqueuses fortement hyperplasiées par endroits, et les vaisseaux contiennent de nombreux polynucléaires. Inflammation secondaire aiguë.

D'après ces renseignements anatomo-cliniques, on décide de traiter la malade par le radium.

Traitement du 6 au 14 janvier 1932.

Le 6 janvier, sous anesthésie locale, curage du cavum et mise en place d'un bouchon à deux fils contenant un tube de radium-élément de 2 mcd.

Durée de l'application : du côté gauche 6 jours, du côté droit 2 jours. Dose totale 16 mcd.

Le 15 janvier réaction diphtéroïde de la muqueuse visible par la cavité buccale.

A la suite de ce traitement, une amélioration sensible des troubles fonctionnels se produit : cependant la paralysie du nerf optique persiste.

A l'examen pharyngoscopique, la tumeur semble avoir disparu.

Mais quatre mois plus tard, une récurrence se produit, très limitée, qui semble se faire plutôt en profondeur, ainsi qu'en témoigne la réapparition des phénomènes douloureux.

La malade, qui habite la campagne, n'est pas suivie. Nous apprenons sa mort, quinze mois plus tard, en mars 1933.

OBSERVATION N° 33

Epithélioma à évolution cylindromateuse du naso-pharynx.

Service du Docteur GRIVOT (due à l'obligeance du Docteur DEMALDENT. Inédite).

M. S..., âgé de 60 ans, vient consulter en juillet 1933 pour une gêne avec obstruction rétro-nasale.

L'examen du pharynx fait découvrir une tumeur polypoïde très dure, descendant du cavum et apparaissant dans l'oropharynx, en arrière du pilier postérieur gauche. L'implantation ne peut être reconnue par l'examen en raison de l'obstruction du cavum.

Il ne semble pas qu'on ait découvert à cette époque une adénopathie cervicale.

Une *biopsie* est pratiquée le 18 juillet 1933. « Epithélioma malpighien intermédiaire, à tendance baso-cellulaire, réali-

sant en certaines de ses plages l'image d'un cylindrome. Nombreuses mitoses et monstruosités. Stroma-réaction très faible ou nulle dans le tissu d'accompagnement. Epithélioma en pleine activité proliférante ».

Le malade est soumis à la radiothérapie. Il aurait subi plus de 100 séances de R. X. (?).

En avril 1936, près de 3 ans après la constatation des premiers phénomènes objectifs, il revient consulter pour une gêne pharyngée avec obstruction rétro-nasale.

L'examen fait découvrir une masse rouge, en arrière du pilier postérieur gauche. Cette masse, très dure au toucher, immobile, semble descendre du cavum, mais son implantation est impossible à préciser. Elle a le volume d'une grosse amygdale.

Il n'y a pas d'adénopathie cervicale.

Après anesthésie locale par contact à la cocaïne, on pose trois aiguilles de radium dans la paroi postéro-latérale gauche du rhino-pharynx. Deux aiguilles de 1/2 mcd, et une de 3/4 mcd. et on complète cette radiation par la mise en place, au cours de la même séance, de quatre tubes de radium de 1 mcd chacun, introduits dans le cavum et maintenus en place suivant la méthode du tamponnement postérieur.

Les tubes et les aiguilles sont laissés en place 72 heures.

Cette intervention est suivie d'un gros choc, avec très importante dysphagie et apparition d'une collection suppurée cervicale qui font craindre un moment une issue fatale.

Cependant, le premier juin (trois mois plus tard), le malade est à peu près rétabli; la masse néoplasique a complètement disparu.

OBSERVATION N° 34

Tumeur mixte du cavum à évolution cylindromateuse. (Inédite. Prof. F. LEMAITRE.)

Mme D... consulte à l'hôpital Lariboisière le 10 mars 1932 où l'on pratique une biopsie sur la tumeur naso-pharyngée que présentait cette malade.

La malade n'ayant pas été revue, nous ne pouvons donner que le *compte rendu de l'examen histologique* (D^r ARDOIN).

Le prélèvement, qui n'a pas intéressé de muqueuse, a été effectué en pleine tumeur; toute la partie périphérique circulaire est nécrosée.

Tumeur divisée en lobes et lobules, et constituée de cordons cellulaires composées de petites cellules arrondies, basophiles, à noyau fortement coloré, circonscrivant toute une série de cavités d'importance variable : ces cavités, creusées dans les cordons, sont remplies de mucus et de polynucléaires plus ou moins altérés.

Ces corps oviformes sont souvent très remaniés, et en voie d'accroissement en plusieurs endroits (rupture des cloisons épithéliales).

Le stroma est formé de tissu conjonctif lâche et comporte un infiltrat très polymorphe.

Conclusion : tumeur mixte à évolution cylindromateuse.

Les cylindromes du cavum n'échappent pas, au point de vue symptomatologie, au polymorphisme clinique, à la fois discret et trompeur, de toute tumeur naso-pharyngée.

Le début est annoncé par l'apparition de troubles respiratoires, à types d'obstruction rétro-nasal, de troubles auriculaires à type de catharre tubaire avec surdité et bourdonnements, parfois enfin de troubles douloureux, névralgiques, dans la sphère du trijumeau. Ce sont là les modes de début classiques d'une tumeur naso-pharyngée. Seule manque à l'appel la forme à début ganglionnaire, car ici encore, les cylindromes ne s'accompagnent pas d'adénopathie. Cependant, SARGNON et MAYOUX en ont publié un cas, mais c'est là une exception.

La pharyngoscopie, mode d'examen élégant et dont les renseignements précieux devraient généraliser l'usage, a permis de préciser le siège et l'aspect de ces tumeurs.

Elles siègent à la partie postéro-supérieure du cavum, au voisinage ou en arrière de l'orifice tubaire. C'est là leur point de départ habituel.

Elles réalisent l'aspect d'une infiltration tumorale, quelquefois limitée, le plus souvent bosselée et irrégulière, qui soulèvent une muqueuse non ulcérée. Ce sont des tumeurs à point de départ profond, sous-muqueux.

Au cours de leur évolution, leur symptomatologie se complète avec l'extension lente du processus tumoral.

C'est ainsi que fusant le long de la base crânienne, elles arrivent à réaliser des compressions nerveuses étendues, associées ou non à des signes d'hypertension intra-crânienne : névrite optique (observation n° 32) : syndrome du carrefour pétro-sphénoïdal de Jacod avec atteinte des nerfs oculaires et du trijumeau : syndromes du trou déchiré postérieur. Dans l'observation de SARGNON et MAYOUX, le cylindrome, péri-tubaire, réalisait une paralysie des dix derniers crâniens.

Elles peuvent également avoir une évolution inférieure, moins grave. Dans notre observation n° 33, le pôle inférieur de la tumeur descendait en arrière du pilier postérieur et était directement accessible à la vue.

Le pronostic des cylindromes naso-pharyngés est sévère, en partie du fait de leur localisation même.

Deux de nos malades sont morts, l'un 11 mois, l'autre 15 mois après l'apparition des premiers troubles (observation n° 31 et 32). Un autre (obs. 33), est suivi depuis trois ans : des applications de radium ont fait fondre une récédive récente (juin 1936).

La thérapeutique chirurgicale de ces tumeurs est décevante : en effet, nécessitant un délabrement facial important pour les aborder, l'on est dans l'impossibilité, une fois parvenu jusqu'à elles, d'en réaliser une exérèse, sinon

totale, du moins simplement satisfaisante. En tout cas, l'acte chirurgical devra toujours être complété par la radiothérapie, ou mieux, la mise en place de tubes de radium malgré certaines difficultés techniques.

Cette dernière thérapeutique, même employée isolément, peut se montrer efficace (observ. 33).

Peut-être que la technique récente, proposée par JACOD (voie trans-sinuso-maxillaire du côté opposé, avec résection des deux tiers postérieurs de la cloison nasale) associée à la Röntgen ou Curiethérapie, permettra d'obtenir des résultats plus encourageants.

3° CYLINDROMES DU LARYNX ET DE LA TRACHÉE

Cette dernière localisation nous est apparue moins rare que la précédente. Nous avons pu en retrouver un certain nombre de cas dans la littérature : MANASSE, EIDESHIM, BRÆKÆRT, SÉGURA, PFEIFFER, MINNIGERODE, BOURGEOIS. OPPIKOFFER au Congrès de Budapest (1935) signale en avoir observé deux cas dont il relate l'histoire clinique. Nous-mêmes avons observé deux cylindromes, l'un du larynx, l'autre de la trachée, dont les observations suivent :

OBSERVATION N° 35

Cylindrome de l'épiglotte. (Inédite. Prof. F. LEMAITRE.)

Mme B..., 34 ans, consulte à Lariboisière en novembre 1931.

Le début a été marqué, il y a un an et demi environ, par l'apparition de troubles dysphoniques qui ont progressivement augmenté sans périodes de rémission.

Actuellement :

Signes fonctionnels : la voix est complètement éteinte; un peu de gêne respiratoire.

Signes physiques: larynx mobile, non déformé. *Pas d'adénopathie cervicale.*

Examen laryngoscopique : révèle l'existence d'une tumeur lobulée, à point de départ épiglottique qui, en se développant, a comblé la partie droite de l'hypo-pharynx.

Elle surplombe et masque complètement la cavité laryngée. Tumeur non ulcérée sous une muqueuse rougeâtre.

Bordet-Wasserman négatif.

Biopsie le 13 novembre 1931.

Compte rendu de l'examen histologique. (Docteur ARDOIN.)

Fragments revêtus d'épithélium malpighien stratifié légèrement hyperplasié, et au-dessous duquel on peut retrouver en certaines zones du tissu lymphoïde parfaitement schématisé, avec présence de plusieurs follicules germinatifs à centre clair.

Ailleurs, il est encore possible d'observer quelques amas de figures canaliculaires à double assise de cellules basophiles, quelques acini (persistance de sécrétion muqueuse), doublés de cellules basophiles, et quelques amas pleins. Enfin, sur l'un des fragments, existence d'une assez vaste plage pseudo-myxoïde, avec éléments cellulaires assez foncés dans une substance possédant les affinités tinctoriales du mucus, excessivement lâche.

En quelques endroits, ce stroma reste fibrillaire, réalisant des zones myxoïdes typiques.

Enfin, en profondeur, existence d'amas formés de très nombreuses et inégales cavités de sécrétion exocrinienne contenant du mucus.

Les cloisons inter-cavitaires sont purement épithéliales, très minces, le plus souvent réduites à une seule couche de cellules cubiques. Parfois, on peut observer la fusion de plusieurs cavités.

En résumé : tumeur mixte cylindromateuse.

Intervention le 4 décembre 1931. Professeur F. LEMAITRE.

Sous anesthésie générale.

1° Trachéotomie.

2° Pharyngotomie rétro-thyroïdienne, combinée à une pharyngotomie sus-hyoïdienne.

Le pharynx ouvert, on se rend compte que la masse ayant

envahi toute l'épiglotte, déborde en arrière sur les aryténoïdes et, en suivant les lames thyroïdiennes, a atteint et comblé en grande partie la cavité endolaryngée.

3° Laryngectomie atypique : on est amené à pratiquer une opération tout à fait atypique, une sorte de laryngectomie totale, avec en plus l'os hyoïde, en moins le chaton cricoïdien.

4° Suture pharyngée : drainage de la partie haute par un Miculicz : suture cutanée de l'incision de pharyngotomie rétro-thyroïdienne.

Suites opératoires : marquées par quelques incidents; broncho-pneumonie avec température oscillante aux environs de 39°. Localement, petite suppuration de la plaie, rapidement tarie par un drainage au point déclive.

Le 20 décembre 1931, la malade entre en convalescence. Il persiste une fistule pharyngée qui est fermée sous anesthésie locale un mois plus tard.

Par la suite, on apprend que la malade est décédée le 1^{er} août 1933, à la suite d'une maladie intercurrente ne semblant pas en rapport avec sa lésion laryngée.

OBSERVATION N° 36

Cylindrome de la trachée. (Inédite. Prof. F. LEMAITRE.)

Mme H... présente tout d'abord des manifestations laryngées telles que : gêne respiratoire : apparition d'un empâtement douloureux au niveau du cartilage thyroïde; douleurs spontanées très vives : altérations des cartilages thyroïdes et cricoïdes décelées à la radiographie. A l'examen indirect, image laryngée normale, mais légère diminution de la mobilité des cartilages aryténoïdes. Toutes ces manifestations furent mises sur le compte de la spécificité dont était entachée la malade et rapportées à une chondrite syphilitique. Ce diagnostic fut d'ailleurs confirmé par les heureux effets du traitement.

L'état de la malade est considérablement amélioré lorsque, plusieurs mois après, les phénomènes dyspnéiques réapparaissent. Ces derniers prennent rapidement une telle intensité qu'une trachéotomie est pratiquée d'urgence.

Lorsque deux semaines plus tard, on veut décanuler la malade, la gêne respiratoire réapparaît dès la canule enlevée, et oblige à remettre cette dernière en place.

Examen au miroir : image laryngée normale. En particulier, la filière laryngée n'est nullement rétrécie et paraît suffisante pour permettre le passage du courant respiratoire.

Par l'orifice de trachéotomie l'on se rend compte alors de l'existence, au niveau de la paroi postérieure de la trachée, d'une masse sous-muqueuse qui bombe et diminue d'autant la lumière trachéale. C'est cette tumeur qui, faisant obstacle au courant respiratoire dès la canule retirée, est responsable des accidents asphyxiques.

On décide de faire une laryngo-trachéo-fissure (novembre 1930). On voit alors parfaitement dans son ensemble la masse s'étendant depuis le cricoïde jusqu'au quatrième anneau trachéal. Exérèse assez large mais fatalement incomplète de la tumeur que l'on conserve pour examen histologique.

Compte rendu de l'examen histologique. (Docteur ARDOIN.)

Quatre pièces ont été coupées dans le tissu prélevé pour préciser le diagnostic : les quatre fragments sont absolument superposables et peuvent être ainsi décrits.

A la périphérie, épithélium prismatique stratifié et cilié avec cellules superficielles vibratiles parsemées de cellules muqueuses, couche de cellules cunéiformes à la partie moyenne, cellules basales génératrices à la partie profonde. Rien à signaler au niveau du revêtement épithélial; mitoses normales très rares; seulement quelques polynucléaires très altérés parmi des cellules épithéliales bien ordonnées.

Au dessous, légère bande de tissu conjonctif réduit à quelques lamelles collagènes avec quelques capillaires inflammatoires (poly. et hématies). Dans les mailles très fines de ce tissu conjonctif, on trouve des lymphocytes, des plasmocytes, et quelques éosinophiles, ainsi que quelques amas glandulaires d'une parfaite intégrité. Au-dessous, on peut observer de nombreux lobules qui, malgré leur diversité de formes, correspondent tous au même type de description. Chaque lobule est formé de cellules absolument identiques aux cellules basales, sans filaments d'union, ces cellules pouvant être parfois suffisam-

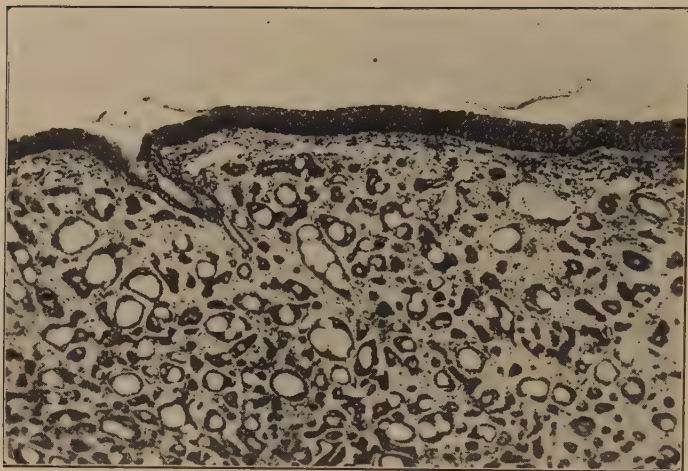


FIG. 33. — *Obs. N° 36.* Aspect de cylindrome trachéal.



FIG. 34. — *Obs. N° 36.* — Autre aspect.

ment stratifiées pour donner l'apparence de cordons pleins assez volumineux, circonscrivant des cavités claires ou légèrement teintées par les colorants acides.

Ces corps oviformes sont particulièrement nombreux et de tailles très différentes. Ailleurs, cordons cellulaires pleins de même structure, plus ou moins isolés les uns des autres.

On ne peut observer, malgré l'abondance de ces éléments, la moindre ordination concentrique qui puisse rappeler le début de formations kératosiques ou parakératosiques.

Entre les corps oviformes, stroma formé par du tissu conjonctif très lâche au voisinage des cordons, plus dense à distance, prenant l'aspect scléreux ou hyalin.

Au niveau des cellules basales, quelques mitoses; le stroma est bien vascularisé.

En résumé : cylindrome caractéristique et état inflammatoire aigu.

On décide alors, pour compléter l'acte chirurgical, de traiter cette malade par les agents physiques.

Ce traitement est conduit de la façon suivante :

1° Mise en place d'un bouchon de liège contenant du radium qui est introduit dans la trachée, en regard de la tumeur, au-dessus de la canule de trachéotomie, qui est reportée aussi bas que possible.

2° Mise en place d'aiguilles de radium qui sont plantées dans la paroi postérieure de la trachée, parallèlement à l'axe trachéo-œsophagien. (3 aiguilles de radium laissées en place pendant trois jours : 3 *mcd.*).

Cette dernière irradiation entraîne une réaction locale des plus vives, se traduisant par des douleurs intenses et des crises de vomissements incoercibles, dus sans doute à l'irritation du pneumo-gastrique.

Ces phénomènes persistent plusieurs semaines pour s'atténuer, puis disparaître.

La malade, qui est régulièrement suivie, paraît guérie et, en fait, cette guérison apparente se maintiendra pendant cinq ans, jusqu'en septembre 1935.

Pendant toute cette période, le port de la canule de trachéotomie est rendu indispensable par l'existence d'une sté-

nose laryngée très serrée en rapport avec le terrain spécifique et les manifestations laryngées initiales.

A plusieurs reprises, on tente de dilater la filière laryngée (électro-coagulation), sans résultat appréciable.

En septembre 1935, la malade revient consulter pour une masse assez dure, siégeant sur le flanc droit de la trachée, masse de la grosseur d'une mandarine, semblant faire corps avec le lobe latéral du thyroïde.

Par contre, là où siégeait la tumeur initiale, à la face postérieure de la trachée, l'aspect est absolument normal.

On se décide à pratiquer l'exérèse de la tumeur cervicale.

Intervention : septembre 1935. Prof. F. LEMAITRE.

Anesthésie au rectanol. On a l'impression de se trouver en présence du lobe droit du corps thyroïde dégénéré. La masse, plaquée sur le flanc droit de la trachée, est relativement chvable. L'exérèse en est assez facile. Hémostase. Sutures.

Suites opératoires. La malade, devenue une morphinomaue profondément intoxiquée (50 centigrammes par jour), ne supporte pas le choc opératoire et meurt 36 heures plus tard.

L'examen histologique (Docteur ARDOIN), a montré un envahissement du corps thyroïde par les éléments cylindromateux.

Les différents fragments ont été prélevés en pleine tumeur, et il est impossible de retrouver trace de tissu normal, sauf en un endroit où l'on peut observer tout un lobule de tissu thyroïdien hyperplasique encore bien séparé par une cloison conjonctive épaisse, lobule non encore envahi par la tumeur. Ici, la structure vésiculaire est encore très nette en certains endroits; on trouve le plus fréquemment des cellules thyroïdiennes tassées les unes contre les autres, grosses cellules granuleuses et acidophiles, ébauchant ça et là de petites cavités vésiculaires dont la colloïde est inégalement colorable, mais reste le plus souvent assez foncée.

Partout ailleurs, s'étend une tumeur à propriétés très envahissantes. Cette tumeur répond à plusieurs aspects : on retrouve d'une part l'existence d'acini néoplasiques, avec persistance de sécrétion muqueuse et formation de cavités kystiques réalisant l'aspect cylindromateux ; quelques petites cavités

remplies de sécrétion mucicarminophile, et bordées de cellules épithéliomateuses basophiles stratifiées. Ailleurs, et ceci sur une grande étendue, net aspect cylindro-endothéliforme, avec atrophie progressive des éléments épithéliaux et grandes coulées hyalines. Enfin, ailleurs, présence de nombreuses cavités de sécrétion exocrine répondant à l'orientation normale des cellules, cavités de dimensions très variables, et contenant du mucus.

En résumé : envahissement du tissu thyroïdien par un cylindrome typique dont on peut observer tous les stades évolutifs.

Ces cylindromes, d'origine sous-muqueuse, se développent dans des régions toujours identiques et assez précises :

Epiglote, et repli-aryténo-épiglottique pour les cylindromes laryngés.

Face postérieure de la trachée, à la hauteur des quatre premiers anneaux pour les cylindromes trachéaux.

Les uns et les autres donnent lieu assez rapidement à des troubles respiratoires : dyspnée d'effort intermittente tout d'abord, qui ne tardera pas à devenir permanente, parfois à s'intensifier brusquement au point de nécessiter une trachéotomie d'urgence.

Les cylindromes laryngés, en plus, déterminent de l'enrouement, de la dysphonie, parfois de la gêne à la déglutition. Tous ces troubles attirent rapidement l'attention sur le larynx et commandent un examen laryngoscopique.

Ce dernier fait découvrir une tumeur de la région ary-épiglottique dont l'aspect bien limité, l'absence d'altération de la muqueuse évoque l'idée de kyste ou de sarcome. La surface quelquefois irrégulière, mamelonnée et framboisée, peut évoquer le diagnostic de cylindrome.

En se développant, la tumeur envahit le repli ary-épiglottique en totalité, infiltre et bloque un hémilynx, mais a surtout un développement exo-laryngé. La masse, surplombant le larynx, recouvre ce dernier et masque sa filière en l'obturant plus ou moins complètement.

Les cylindromes trachéaux, eux, ont au contraire une symptomatologie réduite aux seuls troubles respiratoires. C'est dire les erreurs de diagnostic auxquelles ils donnent lieu, d'autant plus que l'examen au miroir ne peut montrer qu'une image laryngée normale. Il est rare que cet examen mette en évidence la voussure tumorale de la face postérieure de la trachée, obstacle mécanique qui est seul responsable de la gêne respiratoire.

La lente évolution de ces cylindromes, qu'ils soient laryngés ou trachéaux, est dominée par leur tendance à la récédive.

Dans l'observation de cylindre trachéal publiée par SÉGURA, ce n'est que trois ans après l'apparition des premiers troubles respiratoires, que l'intensité de ces derniers commande une intervention d'urgence.

Chez la malade de BOURGEOIS, la tumeur épiglottique n'avait augmenté que légèrement de volume, en l'espace de quatre ans.

La malade de notre observation 36 est restée pendant cinq ans sans récidiver, après une première intervention.

Un des cas rapporté par OPPIKOFER a évolué pendant six ans et a récidivé une fois ; l'autre a récidivé précocement quelques mois après une exérèse chirurgicale.

La lenteur dans l'évolution, la notion de processus tumoral bénin sont des facteurs prépondérants dans le problème délicat de l'indication thérapeutique que soulèvent de telles tumeurs.

Pour les cylindromes laryngés, l'exérèse large de la tu-

meur conduit à une laryngectomie totale plus ou moins atypique. L'infirmité qui en résulte, la déficience fonctionnelle et sociale qui en est la conséquence, paraissent hors de proportion avec le but poursuivi, d'autant qu'une opération, même large, ne met pas à l'abri de récédive.

Peut-être vaudrait-il mieux avoir recours à la radiothérapie, après avoir pratiqué par les voies naturelles une exérèse tumorale, évidemment incomplète, mais qui aurait l'avantage de parer aux accidents asphyxiques.

Pour nous, le traitement de choix des cylindromes laryngés est la radiumpuncture. La mise en place des aiguilles peut se faire soit par les voies naturelles, suivant la méthode dite « en suspension » (Drs LALLEMAND et LOISEAU) soit mieux « à ciel ouvert », après pharyngotomie préalable (Prof. F. LEMAITRE). Cette technique est loin d'être inefficace dans les processus tumoraux cylindromateux ; elle a l'avantage de conserver au larynx sa fonction.

Pour les cylindromes trachéaux, la curiethérapie nous paraît être également la technique à adopter, malgré la difficulté de la mise en place des aiguilles qui est rendue dangereuse par la proximité de la paroi œsophagienne. Elle sera combinée ou non à une exérèse de la tumeur.

Elle devra, bien entendu, être exécutée sous le couvert d'une trachéotomie qui sera descendue aussi bas que possible.

Cette technique nous a permis de faire disparaître un cylindre trachéal qui est resté cinq ans sans récidiver. A noter que la récédive s'est faite non pas au siège initial, mais dans un des lobes thyroïdiens (Observation n° 36).

De même que pour les cylindromes des voies digestives l'étude histologique des cylindromes des voies aériennes

supérieures, nous a permis de classer ces derniers en deux grands groupes :

1° *Tumeur cylindromateuse, état précancéreux* (cylindrome pur, tumeur mixte avec aspect cylindromateux).

2° *Tumeur cylindromateuse, état cancéreux* (épithélioma d'origine glandulaire vraisemblable, avec aspect cylindromateux).

CYLINDROMES A LOCALISATION EXCEPTIONNELLE

Nous ne ferons qu'énumérer ces localisations exceptionnelles, d'une part à titre de curiosité, d'autre part pour souligner l'origine glandulaire de tous les processus cylindromateux quel que soit leur siège.

Cylindromes de la glande mammaire (RINCK, NEUMANN, BROUET et BARBILIAN).

Cylindromes de la glande de Cowper (PAQUET, HERMANN).

Cylindromes de la vulve (FRIEDLANDER).

Cylindromes de la dure-mère (RUSTIZKY, CITELLI, CIRENCIONE, DAGONET, MAIËR). Pour MALASSEZ leur origine se ferait au dépens de la glande pituitaire.

Cylindromes cutanés autres que ceux de la face et du cuir chevelu :

De l'avant-bras (BENDER et DANIEL).

De la main (LUCKE).

Cylindre intestinal :

Evolution d'un « Carcinoïde appendiculaire » (KROMPECHER).

Tumeur de la région cæcale (BIRCH, HIRSCHFELD).

Cylindre du poulmon (HERCHL). Cas discutable pour MALASSEZ.

Cylindre de la mastoïde (NUSSBAUM).

Evolution cylindromateuse d'un « neuro-épithéliome coccygien » (MASSON).

En dehors de leur symptomatologie spéciale en rapport avec leur localisation, ces cylindromes ne présentent aucun caractère particulier.

ETUDE SYNTHETIQUE

La première impression qui se dégage de l'étude analytique des tumeurs dites cylindrome est que l'on a groupé sous ce nom des processus tumoraux différents et d'allure disparate. Le terme de cylindrome ne répond à aucun type clinique précis, n'évoque aucune idée de localisation ou de gravité, ne déclenche aucun réflexe thérapeutique. En quoi tel épithélioma cutané ressemble-t-il à cette tumeur bien encapsulée de la parotide ? En quoi cette dernière peut-elle être comparée à cet épithélioma du massif facial ou du naso-pharynx ?

Il apparaît évident que le terme de cylindrome doit être rayé de la nomenclature tumorale, qu'il doit disparaître en tant qu'entité nosologique.

Faut-il alors considérer les cylindromes uniquement comme un aspect histologique un peu particulier, en rapport avec une distribution curieuse du tissu muqueux ? Faut-il se contenter de signaler, à titre d'accident, la présence d'aspects cylindromateux au cours de certains processus tumoraux nettement définis par ailleurs, et n'attacher à cette constatation qu'un intérêt restreint de curiosité histologique ? Faut-il arrêter ici notre travail ?

Nous ne le croyons pas. Si le terme de cylindrome ne correspond pas à une individualité tumorale précise, et, de ce fait, doit disparaître, par contre, la notion d'aspect cylindromateux, la notion de cylindromatisation de certains processus tumoraux doit être conservée.

Cette cylindromisation imprime à ces processus une silhouette générale suffisamment précise; elle leur confère en quelque sorte certains caractères familiaux dont l'importance pratique ne saurait être niée.

Ce sont ces caractères *familiaux*, communs à toute tumeur cylindromateuse, que nous essaierons de mettre en valeur dans cette étude synthétique.

Le terme de cylindre devrait donc être remplacé par celui d'aspect cylindromateux, d'évolution cylindromateuse, de cylindromisation.

Cette terminologie à consonnance barbare et qui a la prétention d'être évocatrice de la structure histologique de la tumeur, a du moins le mérite de s'appliquer toujours à un même aspect histologique, connu de tous.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGENIE

Si les tumeurs cylindromateuses revêtent une allure clinique variable, par contre l'aspect cylindromateux est toujours sensiblement identique et superposable à lui-même.

Nous envisagerons successivement :

1° *L'aspect cylindromateux lui-même.*

2° *Les processus tumoraux au cours desquels il se manifeste.*

1° L'ASPECT DIT DE CYLINDROME.

Il a été étudié maintes fois et chaque fois avec une minutie extrême. Chaque particularité morphologique a été longuement détaillée et discutée.

Aussi, nous nous contenterons seulement d'en rappeler les caractères fondamentaux, décrits pour la première fois par MALASSEZ.

Cet aspect présente à étudier :

a) *Des amas cellulaires ;*

b) *Des corps oviformes* hyalins ou muqueux, renfermés à l'intérieur des groupes cellulaires ;

c) *Une évolution muqueuse du stroma conjonctif.*

Les préparations seront colorées par un réactif spécifique de la substance muqueuse : bleu de Unna, mucicarmin.

Les amas cellulaires de grandeur et de forme fort va-

riables sont constitués par des cellules d'aspect épithélial plus ou moins typique. Ces amas peuvent être pleins ; ils peuvent être creusés de une ou plusieurs cavités. Les cellules qui bordent ces cavités ont une allure manifestement épithéliale (MALASSEZ).

Les corps oviformes. Une substance muqueuse est contenue à l'intérieur des amas cellulaires et constitue les corps oviformes. Ils ont la forme et la grandeur de l'espace qui les contient. Ils sont tantôt homogènes, tantôt parsemés de fibrilles muqueuses leur donnant un aspect réticulé.

Le *stroma* forme une capsule fibreuse plus ou moins épaisse à la tumeur, envoyant à l'intérieur des prolongements cloisonnant cette dernière en lobes.

Ce stroma peut être en dégénérescence muqueuse totale et réaliser des plages hyalines très étendues qui disloquent et isolent les éléments épithéliaux.

Il ne peut subir qu'une dégénérescence partielle : par place, les fibroblastes sont identifiables. L'aspect réalisé est celui de pseudo-cylindrome.

En résumé, l'aspect de cylindrome est caractérisé par la prolifération simultanée de cellules épithéliales et de substance mucoïde, éléments qui s'associent étroitement mais peuvent se combiner de multiples façons, suivant la prédominance de l'un ou de l'autre.

2° LES PROCESSUS TUMORAUX CYLINDROMATEUX

Cet aspect histologique peut se rencontrer au cours des processus tumoraux suivants :

a) *Etats pré-cancéreux.* Les états pré-cancéreux cylindromateux sont de beaucoup les plus fréquemment rencontrés. Nos observations n^{os} 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 24, 29, 34, 35, y correspondent.

Ils se présentent suivant deux types : soit tumeur mixte à évolution cylindromateuse ; soit cylindrome pur. L'aspect du cylindrome est retrouvé partout et forme à lui seul toute la tumeur.

Tous les deux ont une origine glandulaire indiscutable.

b) *Etats cancéreux*. Les états cancéreux cylindromateux sont moins fréquents (observations n^{os} 1, 2, 3, 4, 5, 13, 14, 30 et 33).

Eux aussi ils se présentent suivant deux types : soit épithélioma baso-cellulaire ; soit épithélioma atypique, à structure d'allure glandulaire.

Ils sont tous d'eux vraisemblablement d'origine glandulaire eux aussi (glandes sudoripares ou sébacées, glandes séro-muqueuses).

Deux remarques doivent être formulées au sujet de cette classification.

1° Il est souvent fort difficile, en se basant uniquement sur l'aspect morphologique des préparations, de classer dans l'un ou l'autre de ces deux grands groupes l'aspect cylindromateux observé.

On se basera surtout sur la présence ou l'absence de mitoses et de monstruosité cellulaires, et plus encore sur l'existence et l'intégrité, *sur l'absence ou l'envahissement de la capsule limitante de la tumeur*.

D'ailleurs au cours de l'évolution tumorale, un état cylindromateux précancéreux peut dégénérer et réaliser un état cancéreux cylindromateux.

2° En présence d'une tumeur où l'aspect cylindromateux n'est retrouvé qu'en de rares endroits et se manifeste discrètement sur les préparations, une question bien embarrassante se pose : faut-il ranger une telle tumeur dans le groupe des tumeurs dites cylindromes et lui attribuer, ipso facto, les caractères cliniques évolutifs et pronostics que nous leur reconnaissons ?

Il faut être prudent dans une telle discrimination et n'étiqueter cylindrome, ainsi que nous l'avons fait, que les cas où la cylindromisation de la tumeur est sinon prépondérante, du moins fort poussée.

Sinon, on risque en voulant trop étreindre, d'ôter toute valeur à cette notion de cylindromisation tumorale.

Il est évident qu'un certain nombre de tumeurs mixtes et plus encore d'épithéliomas baso-cellulaires de la peau présente une ébauche d'évolution cylindromateuse. FAVRE, JOSSERAND et MARTIN estiment « que cette évolution, à condition d'être soigneusement recherchée est beaucoup plus fréquente dans les diverses variétés d'épithéliomas baso-cellulaires qu'il n'est classique de l'admettre ».

Dans les cas que nous envisageons, cette évolution *ne doit pas être recherchée ; elle doit s'imposer à première vue*.

Encore faut-il faire remarquer que le terme d'évolution cylindromateuse, implique lui-même une idée de temps et il est possible, ainsi que nous l'avons constaté (observations 11 et 16) que la cylindromisation, discrète ou même absente au cours d'un processus tumoral initial, devienne prépondérante à l'occasion d'une récurrence de ce même processus tumoral.

PATHOGENIE

Cet aspect histologique simple, admis par tous, a donné lieu par contre à des interprétations pathogéniques multiples et variées. Nous ne ferons que les rappeler.

THÉORIE CONJONCTIVO-ENDOTHÉLIALE. — Certains lui ont reconnu une origine conjonctive. C'est ainsi qu'il a tour

à tour été baptisé : syphonome par HENLÉ (1845) ; sarcome à tube hyalin (BUSCH) ; sarcome réticulé (J. MULLER). C'est aussi le « sarcome carcinomatode » de SATTLER (1874) ; « l'angiome muqueux ou le sarcome plexiforme » d'EWETZKY (1877). MARCHAND et ALTOFF réclament la synonymie entre cylindre et endothéliome.

De rares auteurs restent encore à l'heure actuelle fidèles à cette théorie.

THÉORIE ÉPITHÉLIALE. — MALASSEZ a soutenu cette origine à laquelle se sont ralliés la plupart des histologistes et a créé le terme « d'épithélioma alvéolaire avec envahissement myxomateux ».

THÉORIE DYSEMBRYOPLASIQUE. — Soit dysembryoplasie conjonctivo-épithéliale à prédominance mucoïde (LETULLE) : soit dysembryoplasie purement épithéliale, avec dégénérescence mucoïde du stroma au contact des amas épithéliaux.

THÉORIE DE LA MÉTAPLASIE CELLULAIRE. — Avec inversion de la polarité fonctionnelle des cellules épithéliales (MASSON). La substance secrétée par ces cellules produirait au contact du tissu conjonctif, une modification profonde de ce dernier, une métaplasie qui, elle, serait provoquée par la sécrétion des cellules épithéliales.

En résumé, l'évolution mucoïde d'un processus tumoral peut s'expliquer de deux façons : soit en invoquant la dégénérescence mucoïde des axes conjonctivo-vasculaires au contact des éléments épithéliaux (Professeur ROUSSY) ; soit par la sécrétion des éléments épithéliaux (MASSON, ALEZAIS, PEYRON).

La question est insoluble. D'ailleurs OBERLING fait remarquer « qu'il n'est nullement dit que le liquide qui se trouve dans le stroma est identique à celui même qui est

secrété par les cellules épithéliales. Il est très possible que les cellules épithéliales sécrètent un produit qui est ensuite modifié sous l'influence des cellules conjonctives. En tout cas, il y a inter-réaction entre la tumeur et son stroma conjonctif, et c'est là le fait intéressant ».

CLINIQUE

FREQUENCE GENERALE

Ainsi définies et si on les envisage dans une vue d'ensemble, les tumeurs cylindromateuses sont loin d'être exceptionnelles.

Par contre, si pour chaque localisation prise isolément, on les compare aux autres processus que l'on a coutume de rencontrer dans la même région, elles apparaissent très rares.

Cependant, la bibliographie que nous en avons dressée est importante ; elle est certainement incomplète. Quelques observations ont dû nous échapper. Certaines ont été publiées sous des dénominations assez diverses et en particulier ont été considérées comme des endothéliomes.

Nous-mêmes apportons 30 observations inédites de tumeurs cylindromateuses.

Nous ne croyons pas avoir mérité le reproche inverse, celui d'avoir considéré comme cylindrome des tumeurs qui n'en sont pas.

Pour justifier le nombre des cas que nous avons observés, et dont l'importance même pourrait paraître suspecte, nous rappellerons leur origine.

Il représente les cas de cylindromes — probablement tous les cas — qui ont été recrutés pendant ces dix dernières années dans les centres particulièrement actifs de : Hôpital Saint-Louis et Lariboisière (Prof. F. LEMAITRE),

Hôpital Tenon et Fondation Curie (Docteur HAUTANT),
Hôpital Saint-Antoine (Docteur GRIVOT).

FREQUENCE RELATIVE DES DIFFERENTES LOCALISATIONS

Nous les classerons par fréquence décroissante dans l'ordre suivant :

EN PREMIER LIEU : les cylindromes des glandes salivaires principales : de la peau (face et cuir chevelu) ; de la voûte palatine.

AU SECOND RANG : les cylindromes des fosses nasales et du massif facial ; de la langue ; de la cavité orbitaire.

AU DERNIER PLAN : les cylindromes du naso-pharynx ; du larynx et de la trachée.

Nous avons déjà énuméré dans un chapitre spécial, les localisations exceptionnelles.

AGE ET SEXE

Ni l'âge ni le sexe ne sont des facteurs à retenir.

Il est impossible d'attribuer un âge critique aux cylindromes. L'âge de nos malades étant échelonné entre 25 et 80 ans. Ce que l'on peut dire, c'est que les cylindromes sont rares avant 20 ans.

Cependant VALUDE a observé un cylindrome de l'orbite chez un enfant. Mieux encore, THRANE a opéré un nourrisson de 4 jours pour un cylindrome de la région amygdalienne.

ORIGINE

L'origine de toutes les tumeurs cylindromateuses présente deux caractéristiques :

1° ELLE EST GLANDULAIRE et se fait aux dépens des glandes salivaires principales, de la glande lacrymale, des glandes sébacées ou sudoripares, des glandes salivaires accessoires de la cavité buccale, des glandes séro-muqueuses.

On retrouve cette même origine glandulaire pour les localisations exceptionnelles du cylindrome : glande mammaire, glande de Cowper par exemple.

2° ELLE EST PROFONDE. Elle se fait soit dans le tissu cellulaire sous-cutané, soit sous la muqueuse des voies aériennes et digestives.

Cette origine sous-muqueuse explique certains caractères physiques de la tumeur.

CARACTERES PHYSIQUES

Les caractères objectifs des tumeurs cylindromateuses ne sont habituellement pas caractéristiques de leur nature particulière.

LES ÉTATS PRÉCANCÉREUX CYLINDROMATEUX ressemblent en tous points aux états précancéreux dont ils ne représentent qu'une modalité.

Ce sont des tumeurs bien limitées, encapsulées, de consistance générale ferme, avec par place, des zones plus élastiques ou même kystiques.

Un caractère nous a paru peut-être plus spécifique : l'aspect bosselé et souvent multi-lobulé, la surface irrégulièrement mamelonnée, comme framboisée de la tumeur. Ce caractère est surtout net pour certains cylindromes, en particulier ceux de la voûte palatine et du voile du palais.

En résumé, la tumeur se présente sous l'aspect d'un état tumoral bénin. Cet aspect est moins net et fait souvent défaut à la suite d'une récursive.

LES ÉTATS CANCÉREUX CYLINDROMATEUX pour une localisation donnée, s'apparentent étroitement avec les états cancéreux habituellement rencontrés dans la même région.

Cependant, le fait qu'ils ont une origine profonde sous-muqueuse, explique qu'ils se présentent, du moins au cours du premier stade de leur développement, comme des tumeurs non ulcérées.

Lorsque l'ulcération apparaît, cette dernière est régulière, à bords nets, à fond non sanieux. C'est une ulcération par usure, par distension et non par envahissement de la muqueuse.

Pour les épithéliomas baso-cellulaires de la peau, nous avons vu que l'aspect de perle translucide peut éveiller l'idée de cylindromisation et en faire porter cliniquement le diagnostic.

CARACTERES EVOLUTIFS

Ce sont eux qui, applicables à toute tumeur cylindromateuse, en créent leur individualité.

Nous envisagerons successivement le mode d'accroissement de la tumeur et la durée de son évolution, les récides, les adénopathies et les métastases.

MODE D'ACCROISSEMENT ET DUREE DE L'EVOLUTION

Le mode d'accroissement du processus tumoral cylindromateux est identique, qu'il s'agisse d'un état précancéreux ou d'un état cancéreux.

En se développant, la tumeur refoule les tissus voisins : elle ne procède pas par infiltration réelle.

Les parties molles sont comprimées.

Les barrières osseuses s'amincissent sous la poussée tumorale. Au contact de la tumeur elles s'altèrent, deviennent poreuses et disparaissent. Ces modifications osseuses sont comparables à celles que l'on observe au cours de l'évolution de certains processus kystiques, les kystes d'origine dentaire par exemple.

Ce mode d'accroissement est lent, progressif et continu, présentant parfois des étapes passagères d'augmentation plus rapide.

La durée de l'évolution se chiffre par années pour les états précancéreux cylindromateux. Il n'est pas rare de rencontrer des cas évoluant depuis 5, 6, 10 ans, voire même 15 et 20 ans.

Pour les états cancéreux cylindromateux, l'évolution naturellement ne s'étend pas sur un laps de temps aussi considérable. Elle est ici simplement retardée et paraît avoir été freinée si on la compare à l'évolution d'un même processus malin non cylindromateux.

Ce retard dans l'évolution que la cylindromisation semble conférer à la tumeur est assez net pour imprimer à cette dernière un cachet spécial et serait suffisant à lui seul pour autoriser son individualité.

LES RECIDIVES.

Les récidives locales *sont extrêmement fréquentes*, pour ainsi dire constantes : *elles sont multiples*. C'est là le deuxième caractère fondamental de tous processus cylindromateux.

Déjà MALASSEZ les considérait comme certainement plus fréquentes que ne le faisaient ressortir les statistiques à son époque (1883). C'était également l'opinion de BAUM-GARTNER qui les trouve signalées dans une vingtaine de cas (1914).

En fait, pour juger de la réelle fréquence des récidives, il ne faut tenir compte que des observations ayant un certain recul.

C'est alors que l'on s'aperçoit de leur quasi-constance. Chaque observation est émaillée de cet accident dont la répétition devient à la longue fastidieuse.

La première récidive peut être précoce, survenir au bout de trois à six mois. Habituellement elle apparaît entre 18 mois et deux ans.

Il n'est pas rare cependant qu'elle ne se produise qu'à partir de la cinquième ou sixième année (observations 23 et 36) quelquefois même après une guérison apparente de 10 ans (observation 25).

Les récidives ultérieures apparaissent souvent à un rythme plus accéléré. Elles sont séparées les unes des autres par un laps de temps variant entre six et douze mois. Il est rare de compter 4 à 5 années d'intervalle entre la première et la deuxième récidive.

Nous avons déjà vu qu'il est habituel de noter deux ou trois récidives dans l'observation clinique d'un cylindrome.

Compter cinq ou six récidives est déjà une éventualité moins fréquente mais non exceptionnelle (obs. 11 et 16).

L'apparition des récidives — surtout de plusieurs récidives — peut quelquefois apporter des modifications cliniques et histologiques au processus tumoral initial.

Cliniquement, la récidive se manifeste par l'apparition d'un ou de plusieurs nodules accolés les uns aux autres. La masse ainsi constituée est plus ou moins diffuse, et est plus difficile à délimiter, car souvent noyée dans le tissu cicatriciel du dernier acte opératoire.

Lors de la nouvelle tentative d'exérèse, les difficultés seront d'autant plus grandes que le plan de clivage est beaucoup moins précis, qu'il manque par places, qu'il est parfois introuvable.

Aussi est-il difficile, même lorsque la récidive est peu étendue, d'acquérir la certitude d'avoir débordé largement les limites des lésions.

L'examen histologique de la pièce opératoire confirme ces données. On ne peut plus assigner de limites précises à la tumeur, ou bien la capsule limitante qui persiste par places, est envahie ou a disparu en d'autres. Fait plus grave encore, on retrouve quelquefois des îlots néoplasiques isolés à grande distance de la tumeur, épars dans les tissus sous-jacents.

Cette notion si importante de récidive, dont l'apparition insidieuse et indolente doit se produire à un moment donné de l'évolution, nous a conduit à examiner systématiquement et périodiquement tout malade atteint d'un processus tumoral cylindromateux. Cette ligne de conduite nous a permis de surprendre tout à son début, un certain nombre de récdives.

ADENOPATHIES ET METASTASES.

L'absence habituelle de généralisation par voie lymphatique ou par voie sanguine est le dernier caractère commun applicable à toute tumeur cylindromateuse. Parmi tous les cas qu'il nous a été donné d'observer, nous n'avons jamais rencontré, même à la dernière étape de l'évolution tumorale, ni envahissement ganglionnaire, ni métastase.

Il a été publié cependant des observations où était signalée l'existence d'adénopathie et de nodules métastatiques. Ces cas sont extrêmement rares. On peut en dresser la liste :

En 1914, Baumgartner retrouvait dans la littérature cinq observations de métastases ganglionnaires : Darier et Ducastel, Barozzi et Lesné, Bender et Daniel, Kôster (deux cas) et huit observations de métastases viscérales.

Depuis 1914, nous n'avons retrouvé de publiés que les cas de Preusse, Zeidler, Sargnon et Mayoux qui signalaient l'existence d'adénopathies concomitantes : de Goris, Bourgeois et Soulas, Brunschwig, Nussbaum, concernant des métastases viscérales.

En voici quelques exemples :

Les cas de Preusse et de Zeidler concernent des cylindromes de la langue, avec métastases dans les ganglions cervicaux.

Ceux de Darier et Ducastel, de Barozzi et Lesné, se rapportent à des cylindromes l'un de la parotide, l'autre de la sous-maxillaire avec envahissement ganglionnaire.

Tomassi (1864) a observé un cylindrome du maxillaire inférieur, chez une femme de 51 ans qui, ayant récidivé une fois, s'est accompagnée de noyaux métastatiques dans les ganglions cervicaux, dans la plèvre, les poumons, le foie, le péritoine et la dure-mère.

Foerster (1853) signale un cylindrome du maxillaire supérieur avec métastases pulmonaires et pleurales.

Sargnon et Mayoux rapportent l'histoire d'un cylindrome du naso-pharynx avec adénopathie cervicale déterminant d'importantes compressions nerveuses.

Bourgeois et Soulas parlent de métastases pulmonaires probables, décelées à l'examen radiographique, d'un cylindrome épiglottique.

Dans le cas de Goris, des métastases cérébrales déterminent une issue fatale, alors que le cylindrome, d'origine naso-faciale, n'avait pas récidivé.

Brunschwig a observé un cylindrome à point de départ sub-lingual qui, arrivé au terme d'une évolution de 19 ans, avait donné des métastases dans les deux poumons et avait envahi localement le maxillaire inférieur, le plancher buccal et la moitié droite de la langue.

Nussbaum, enfin, signale un cas rare de cylindrome de la mastoïde, avec métastases pulmonaires probables.

En reprenant l'étude critique de ces différents cas de métastase, on s'aperçoit qu'un certain nombre ne sont basés que sur des impressions cliniques, sur des données radiographiques, mais ne possèdent pas de base anatomique.

L'examen histologique n'a pas été fait. Ce contrôle paraît indispensable et être le seul critère valable pour affirmer une métastase tumorale.

Nous rappellerons avoir observé des cas de cylindromes s'accompagnant cliniquement d'adénopathies : l'examen histologique de la masse ganglionnaire nous indiquât qu'il s'agissait soit de tuberculose ganglionnaire concomitante, soit d'hyperplasie ganglionnaire simple.

On est en droit de réclamer la preuve histologique pour affirmer l'existence réelle de telles métastases.

Certains l'ont apportée, entre autres TOMASSI et BRUNS-CHWIG.

La preuve est donc faite que les cylindromes peuvent s'accompagner d'adénopathies, de métastases viscérales qui sont surtout pulmonaires et pleurales. Est également faite la preuve que ces métastases sont *tout à fait exceptionnelles*.

PRONOSTIC

Essayer de formuler un pronostic univoque, valable pour toutes les tumeurs cylindromateuses, serait énoncer une formule batarde et qui risquerait d'être fausse.

On hésite à les considérer comme bénignes.

On se refuse à les qualifier de malignes.

Mieux vaut les comparer aux processus tumoraux non cylindromateux dont elles ne présentent qu'une modalité

histologique, se distinguant de ces derniers par des caractères surtout évolutifs.

En établissant un parallèle entre les tumeurs mixtes habituelles d'une part, les tumeurs mixtes cylindromateuses et les cylindromes purs d'autre part, il apparaît sans conteste possible que ces derniers sont beaucoup plus graves que les autres.

Même si l'on reconnaît aux tumeurs mixtes banales un degré de malignité plus élevé qu'il n'est classique de l'admettre, il n'en est pas moins vrai que les tumeurs mixtes à évolution cylindromateuse ont un pronostic d'avenir beaucoup plus sombre encore.

On peut faire abstraction de la possibilité de métastases, facteur pratiquement négligeable, car réellement exceptionnel aussi bien dans l'une que dans l'autre de ces deux catégories tumorales voisines.

Le *pronostic aggravé* de la tumeur mixte cylindromateuse est du à la constance des récidives, au fait que ces dernières sont multiples, et que la tumeur, lentement, mais inexorablement, arrive à créer des dégâts locaux considérables, dépassant toute possibilité thérapeutique autre que palliative.

On cite les cas de tumeurs mixtes banales qui ont récidivé une fois : on pourrait citer les cas de cylindromes qui n'ont pas plusieurs fois récidivé.

Comparons maintenant, pour une région donnée, les épithéliomas à évolution cylindromateuse avec les épithéliomas non cylindromateux de la même région.

Les états cancéreux cylindromateux paraissent avoir un pronostic amoindri en gravité par rapport aux autres.

Ce *pronostic à malignité atténuée* est dû aux caractères évolutifs de ce processus cylindromateux, à son mode d'accroissement particulier; à la durée de l'évolution qui

se déroule au ralenti; à l'absence habituelle d'adénopathie et de métastase.

Cela ne veut pas dire qu'il soit bénin; la malignité est réelle, mais « abatardie ».

La cylindromisation apporte donc dans l'évaluation du pronostic de certains processus tumoraux, des modifications incontestables.

Elle aggrave le pronostic de certains états pré-cancéreux.

Elle tempère la gravité de certains états cancéreux.

Elle tend donc à conférer à toute tumeur cylindromateuse un pronostic univoque, mais n'y parvient qu'incomplètement. D'ailleurs, la localisation, ainsi que nous l'avons vu dans la partie analytique de notre travail, joue également son rôle dans l'évaluation de ce pronostic.

De même qu'il est parfois difficile par le simple examen histologique de classer les tumeurs dites cylindromes dans l'un ou l'autre des deux groupes envisagés (états pré-cancéreux, état cancéreux), de même il peut être délicat, en se basant sur les seuls caractères cliniques, de ranger telle tumeur dans l'un plutôt que dans l'autre.

C'est en confrontant les renseignements fournis par l'examen histologique avec les données cliniques, qu'il sera possible de les classer.

DIAGNOSTIC

L'aspect protéiforme de ces tumeurs rend tout exposé d'ensemble impossible.

Nous avons signalé chemin faisant les différents diagnostics que soulevaient certaines localisations.

Nous avons conclu que les tumeurs à évolution cylindromateuse ne présentaient pas la plupart du temps de

caractères objectifs suffisamment nets pour permettre de les identifier.

Le diagnostic repose sur la biopsie.

Cette biopsie devra porter autant que possible sur différents fragments afin de ne pas méconnaître la nature d'une tumeur partiellement cylindromateuse.

THERAPEUTIQUE

Dans ce chapitre, nous envisagerons la valeur respective des méthodes chirurgicales, radiothérapiques, et de leur association.

Pour chaque localisation, nous avons indiqué les résultats obtenus dans les cas que nous avons eu à traiter et nous avons donné nos préférences, en partie dictées par le siège même de la tumeur.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

L'exérèse chirurgicale simple est tentante et paraît logique pour ce processus tumoral, qui, au début du moins, se présente comme bien limité, souvent encapsulé et dont on peut faire une exérèse complète sans occasionner de délabrements trop considérables.

Nous avons vu que cette exérèse chirurgicale ne met nullement à l'abri d'une récurrence du processus cylindromateux.

Faut-il alors tenter d'emblée une exérèse plus large encore ?

Nous ne le croyons pas.

En effet, il n'est nullement dit que cet acte chirurgical élargi évitera les récurrences.

D'autre part, cette exérèse entraînerait pour la plupart des localisations, un préjudice esthétique et une gêne fon-

tionnelle des plus importants (face, région parotidienne, région maxillo-faciale, larynx, etc).

Cette mutilation serait hors de proportion avec le but poursuivi; le chirurgien, en effet, ne doit pas perdre de vue qu'il se trouve en présence d'un processus tumoral particulièrement lent, ne se généralisant habituellement pas. Une première exérèse limitée peut entraîner une guérison apparente pendant un laps de temps appréciable, se chiffrant par années.

Aussi mieux vaut faire une intervention première limitée et dont les résultats seront compatibles avec un vie sociale normale, quitte à réintervenir, deux, trois, quatre ans plus tard, parfois dix ans plus tard.

TRAITEMENT PAR LES AGENTS PHYSIQUES

Le traitement par la Röntgen ou Curie-thérapie paraît avoir occasionné surtout des déboires : de là la réputation de radio-résistance attribuée à *tous* les processus cylindromateux; de là le nombre assez restreint de cas récents traités par les agents physiques, suivant une technique moderne, et le manque actuel de documents suffisants pour émettre un jugement précis.

La radio-sensibilité de ces tumeurs n'est pas encore bien établie; l'hésitation provient à notre avis, de la même appellation que l'on donne à des tumeurs différentes, du même vocable « cylindrome » sous lequel on désigne à la fois les épithéliomas cylindromateux et les états pré-cancéreux cylindromateux. Nous croyons que la radio-résistance de ceux-ci ont fait attribuer à ceux-là une radio-résistance qu'ils ne présentent pas, du moins au même titre.

Nous pensons que les épithéliomas cylindromateux peuvent bénéficier grandement de la thérapeutique par les agents physiques.

La Curiethérapie surtout en radium-puncture, nous a paru plus efficace que la Roëntgenthérapie.

CONDUITE THERAPEUTIQUE

Voici les directives qui nous semblent pouvoir servir de base au traitement des tumeurs à évolution cylindromateuse.

Les *états pré-cancéreux cylindromateux* qui, au début, se présentent sous l'aspect de tumeur bien circonscrite, seront enlevés chirurgicalement.

A la suite de récurrences, souvent plus diffuses que le processus initial, on aura intérêt à recourir à l'association de la Roentgen, mieux de la Curiethérapie, et de la chirurgie.

L'action des agents physiques, même dans ces cas, n'est pas négligeable. Elle peut retarder l'évolution de la tumeur, mettre cette dernière en « sommeil », pendant quelques années.

Lorsqu'à une phase ultime, la tumeur a acquis un développement et une étendue considérable, ce n'est pas faire œuvre inutile de s'attaquer même partiellement à la tumeur dans le but de faire cesser pour un temps les troubles de compression qu'elle peut déterminer.

Les *états cancéreux cylindromateux* nous semblent relever plutôt de l'association radium-chirurgie.

Nous ne parlons pas de l'*électro-coagulation* dont nous n'avons pas l'expérience. Nous avons traité par cette méthode, sur les conseils de notre Maître A. MOULONGUET, un de nos malades, atteint de récurrence récente (obs. n° 17).

En nous basant sur ce que nous savons de l'électro-coagulation dans les cas de tumeurs limitées, sans adénopathie et en jugeant par analogie, il nous semble que l'électro-coagulation est susceptible d'être utilisée avantageusement, surtout en cas de récurrence, chez des sujets déjà « sensibilisés » aux rayons X ou au Radium. Elle permettra peut-être d'obtenir des résultats moins décevants pour ces tumeurs dont les récurrences lassent le chirurgien et démoralisent le patient.

CONCLUSIONS

L'étude des tumeurs dites « cylindromes » nous a conduit aux conclusions suivantes :

I. — Le terme de cylindrome s'applique à des tumeurs qui diffèrent entre elles au point de vue de leur localisation, de leur évolution clinique et du pronostic qu'elles comportent.

II. — La base histologique commune à toutes ces tumeurs est réalisée par un aspect toujours sensiblement identique à lui-même. Cet aspect est caractérisé par la prolifération simultanée d'éléments épithéliaux et de substance mucoïde ou hyaline qui peuvent se combiner de différentes façons.

III. — Le terme de « cylindrome » devrait être rayé de la nomenclature tumorale, puisqu'il ne répond à aucune entité nosologique précise.

IV. — Par contre, la notion d'évolution cylindromateuse, de cylindromisation de certains processus tumoraux doit être conservée, car elle confère à ces derniers des caractères familiaux dont l'importance justifie leur classement dans un même groupe.

Ces caractères communs, applicables à toute tumeur cylindromateuse, sont les suivants :

- 1° Origine glandulaire.
- 2° Lenteur évolutive.

3° Extrême fréquence, pour ne pas dire constance, des récidives qui se produisent en série.

4° Absence habituelle d'envahissement ganglionnaire et de métastase.

VI. — Ces états cylindromateux peuvent être classés en deux groupes :

Etats pré-cancéreux cylindromateux.

(Tumeur mixte à évolution cylindromateuse et cylindrome pur).

Etat cancéreux cylindromateux.

(Epithélioma à évolution cylindromateuse).

VII. — Pronostic variable suivant le groupe envisagé, en notant toutefois que la cylindromisation aggrave le pronostic des états pré-cancéreux alors qu'elle amoindrit celui des états cancéreux : elle tend sans y parvenir complètement à les uniformiser.

VIII. — Leur thérapeutique est surtout chirurgicale.

L'action des agents physiques, particulièrement de la curiethérapie, est loin d'être négligeable, surtout dans les états cancéreux cylindromateux.

L'électro-coagulation est peut-être appelée à rendre de grands services.

Vu :
LE DOYEN,
ROUSSY.

Vu :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
CUNÉO.

Vu et permis d'imprimer :
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

A

- ACHARD (P.-M.). — Etude anatomo-clinique des épith. adamantins du max. sup. *Thèse* Paris 1934.
- AIEVOLI. — Sulla dottrina dei cilindromi. *Giornale Medico gl. Incurabili*. 1894.
- Sul cilindroma della glandula lagrymale accessoria. *Revista Internazionale*. 1887.
- AIMES. — Cylindrome de la voûte palatine. *Bull. Soc. Anat.* 1922. N° 4, p. 187.
- ALEZAIS et PEYRON. — Développement d'éléments conjonctifs aux dépens d'éléments épithéliaux dans les tumeurs de la face. *Sociét. de Biologie*. 1909.
- ALEZAIS et PEYRON. — Sur le mode de développement des tumeurs dites mixtes et des cylindromes de la face : compte rendu *Académie des Sciences*. 1921. T. 172, p. 781.
- ALTHOF. — Ueber endotheliome der inneren Nase und der Nebenhöhlen. *Arch. Für Laryng.*, t. XIX, p. 220. 1907.
- ANITSCHKOW. — Zur kenntniss der Subcutanéum-Epithéliom der Kopfgegend. *Zentralblatt für Allg. Path. und Path. anat.* Bd 20 S. 265. 1909.
- ANSALDI (C.). — Tumeur mixte de la joue, dérivée de glandes salivaires accessoires. *Il Policlinico. Sez. chirurgica*. Juillet 1921.
- ARDOIN. — Deux cas de tumeur du max. inf. *Bull. Sociét. Anat.* Janvier 1930.
- AUBIN. — La biopsie clinique en oto-rhino-laryngologie. *Thèse* Paris 1924.

B

- BAGGER. — Fall von cylindroma faciei. *Dän. Oto-Laryngol. Ges.* 5 febr. 1919.
- BAKER. — *Surg. etc.* 23 Nr 3, 1916.
- BARLOW. — Ueber Adenomata sebacea. *Deutsches Archiv. Für « Klinische Medicin »* 1895, t. 55.*
- BAROZZI et LESNÉ. — Cylindrome ayant débuté dans la région sous-maxillaire gauche. *Bull. Sociét. Anat.* Paris 1897, p. 266.
- BARRETT et WEBSTER. — Multiple sudoriparous adénomata occurring ont the scalp and face in three members of the same family. *British Méd. Journ.* 1892, I. 272.
- BAUMGARTNER (A.). — Le cylindrome (Dysembryome conjonctivo-épithélial à prédominance mucoïde). *Thèse* Paris 1914.
- BECK. — Cylindrome épithélial du nez. *Soc. O. R. L. allemande.* Munich, 28 mai 1925.
- BECO. — Cylindrome du nez. *Société belge O. R. L.*, 1^{er} avril 1902. Bruxelles.
- BENDER. — Cylindrome de la face récidivé. *Bull. Soc. Anat.* Paris 1903, p. 175.
- BENDER et DANIEL. — Un cas de cylindrome de l'avant-bras. *Soc. Anat.* Paris 1903, p. 166.
- BÉRARD (L.). — Note sur deux cas d'épithéliome sébacé primitif. *Revue de chirurgie*, 1895, p. 664.
- BERCHER et GRANDCLAUDE. — Etude anatomo-clinique d'une tumeur adamantine du maxillaire inférieur. *Rev. Odontologique.* Mars 1930.
- BERGER (L.). — Une tumeur mixte intra-trachéale. *Bull. du Cancer.* T. XI. Vol. 9, décembre 1922, p. 629.
- BERTRAND et POLLOSON. — Cylindrome de la sous-maxillaire. *Lyon Chirurgical*, juillet-août 1930. Tome 27. N° 4, p. 475.
- BEURMANN (DE), VERDUN, BITH. — Tumeurs de la face et du cuir chevelu à type de cylindrome. *Ann. dermato.* 1911, p. 577.
- BEURMAN (DE). — Cylindroma. *Icon. Dermato.* 47. S. 263. 1914.
- BILLROTH. — Beobachtung über geschwülste der Speicheldrüse. *Virch. Arch.* Bd 17, S. 357.

- BIRCH-HIRSCHFELD. — Zur cylindromfage. u. s. w. *Arch. Heilkunde* 1871. T. 12.
- BLONDIAU. — Cylindrome de la parotide. XXXV^e Congrès belge d'O. R. L., Tournai 6-7 juillet 1929.
- BLUMENFELD et JAFFE. — Pathologie der oberen Luft und Speisewege : Leipzig 1931. S. 699.
- BOETTCHER. — Ueber Struktur und Entwicklung. u. s. w. *Virch Arch.* 1867. T. XXXVIII, p. 400.
- Verwahrung in Sachen des Cylindroms. *Virch. Arch.* 1868. T. XLII, p. 300.
- BOURGOIS et SOULAS. — A propos d'un cas de cylindrome de l'épiglotte avec métastases pulmonaires probables. *Annales d'Oto-Laryng.* 1931, p. 680.
- BOZO et LATTES. — Un cas d'épith. adamantin avec dégénérescence cylindromateuse. *Annales d'Oto-Laryng.* Février 1932.
- BROEKAERT. — Cylindrome hyologène du larynx. 21^e Congrès Société belge d'O. R. L., Gand 1911. In *Annales Mal. Or.* 1911, p. 1.010.
- BROUET et BARBILIAN. — Un cas de cylindrome du sein chez l'homme. *Bull. Soc. Anat.* Paris 7 janvier 1926, p. 79.
- BRUNSCHWIG. — Tumeurs mixtes de la langue et de la glande sublinguale. *Surgery, Gynec. and Obstetrics.* 1930.
- BUSCH. — Extirpation von geschwülsten in der Augenhöhle. (*Chir. Beobachtungen.* Berlin, 1854.)
- BUSSY et ALOIN. — Tumeur de la glande lacrymale. *Société d'ophtalmologie.* Lyon. Janvier 1923.

C

- CALDERARO. — Contribution à l'étude du cylindrome palpébral. *Clinica oculistica.* Juillet 1908.
- CALICETI. — Etude de quelques endothéliomes du nez, du nasopharynx et de la bouche. *O. R. L. internationale*, mars 1923.
- CAUSSÉ. — Les tumeurs mixtes de la parotide. *Annales d'Oto-Laryngologie.* Janvier 1931.
- CHEVASSU. — Tumeur de la glande sous-maxillaire. *Revue de chirurgie* 1910.

- CICENCIOME. — Contribuzione allo studio dei cylindromi. *Giornal dell. Associazione napolitana di medici naturalisti*. Napoli 1890, p. 329.
- CITELLI. — Cylindrom des Sinus sphénoïdalis. *Arch. für Laryng.* 17. 252.
- CIVATTE. — Tumeurs multiples du cuir chevelu. *Bull. société. dermat.* 22 janvier 1920, p. 49.
- COENEN. — Über endothéliome der Haut. *Arch. für Klinik und chirurg.* Band 76. 1905.
- COENEN. — Das Hidradenoma cylindromatosum der Kopfschwarte. Bruns. Betreig. *Z. Klinik und chirurg.* Bd. 95. S. 255. 1915.
- COLLET. — Tuberculose et cylindrome du sinus maxillaire. (*Soc. de laryng. Hôp. Paris*, 17.3.1930), in *Ann. Mal. Oreilles* 1930, p. 760.
- COLRAT et J. ROLLET. — Cylindrome de l'orbite. *Société d'opht. Lyon*, nov. 1929.
- CZERNY. — Plexiforme Myxosarcome aus der orbita. *Arch. für Klin. Chir.* 1869. T. XI, p. 234.

D

- DAGONET. — Tumeur de la dure-mère ayant les caractères du cylindrome. *Arch. de méd. expérimentale*. 1892, p. 361.
- DALOUS. — Sur le cylindrome. *Ann. de dermat.* 1902. p. 469.
- DANEL. — Petit cylindrome de la tempe. *Bull. Société Dermato.* 1932, n° 2, p. 277.
- DARIER. — Précis de dermatologie. *Paris*, Masson, 1928.
- DARIER. — Pratique dermatologique. IV. *Art. Tumeurs*.
- DARIER et DUCASTEL. — Ex. hist. d'un cas de cylindrome de la région parotidienne. *Ann. de dermat. et syph.* 1897.
- DECHAUME (M.). — De la résection totale du max. sup. dans le traitement des tumeurs malignes. *Thèse Lyon*, 1927.
- DELAYE, HUGONOT, LACASSAGNE. — Cylindromes multiples du cuir chevelu. *Bull. Société. Dermato.* Juillet 1931. N° 7, p. 1.191.
- DELBET. — *Traité de chirurgie Le Dentu-Delbet*. Tome I, art. Cylindromes.
- DEMARIA. — Cylindrome de la glande lacrymale orbitaire. *Klin. monatsbl. f. Augenheilk.* 1905.

- DEMBOWSKI. — Onkologische Beitrage II (Cylindrom). *Dtsch. Z. chirg.* 32 (1891).
- DENKER et KAHLER. — *Handbuch der Hals-Nasen. Ohren Heilkunde*. Berlin 1929.
- DIANOUX. — Des tumeurs de la glande lacrymale. *Ann. d'ocul.* Août 1894.
- DICK. — Uber ein Cylindrom der Haut. *Zentralblatt für Allg. Patho. Und Path. anat.* BD 23. S. 946. 1912.
- DILLANGE. — Contribution à l'étude des tumeurs dites mixtes des glandes salivaires. *Thèse* Paris, 1933.
- DRUAULT et MILIAN. — Cylindrome de la paupière inférieure. *Société Anat.* Paris 1899.
- DUBREUIHL et AUCHÉ. — Epithéliomas bénins multiples du cuir chevelu. *Annales de Dermato.* 1902, p. 545.
- DUCLOS. — Cylindrome de la paupière inférieure. *Annales d'oculistique*. Juin 1913, p. 445.
- DUTHEILLE DE LA MOTHE. — A propos des observations de cylindrome publiées par Hautant. *Annales Mal. Oreilles*, 1926, p. 797.
- DUVAL et REDON. — Extirpation totale ou subtotale de la parotide avec conservation de la branche supérieure du facial dans les tumeurs dites mixtes de la parotide. *Journ. de chirurgie*, 1932.
- DUYSE (VAN). — Contribution à l'étude des endothéliomes de l'orbite. *Arch d'opht.* 1895, p. 613-664.

E

- EIDESHEIM. — Ein Beitrag Zum Vorkommen primärer bösartiger Neubildungen in der trachea. *I. Dissert.* Leipzig, 1909.
- EIGLER (G.). — Uber ein epithelioma cylindromatissum des Zungengrundes. *Arch. Ohrenheilk.* 125. 1930.
- EIGLER. — Uber Endotheliome, Peritheliome, cylindrome und ähnliche Tumoren der oberen luftwege. *Arch. für ohrenh.*, t. 132, 209, 1932.
- EWALD. — Cylindrom der zunge. *Wien. Klin. Wchenschr.* 1897. p. 332.
- EWETSKY. — Zür Cylindromfrage. *Arch. Virch.* 1887. T. LXIX.

F

- FAVRE, JOSSEMAND et MARTIN. — Nouvelle Pratique. *Dermato.* 1936. VI. p. 738.
- FERRERI (G.). — Contribution clinique et anatomo-pathologique à l'étude du cylindrome du max. sup. *Acta oto-laryngologica*. Vol. XII, fasc. 4, juillet 1928, p. 411.
- FISHER et WASELS. — Allgemeine Geschwulstlehre. *Handb. d. norm. U. Path. Physiol.* Bd. 14.
- FOERSTER. — Supplément zum Atlas der mikroskopischen Path. Anat. 1853.
- FRANSSEN (R.). — Tumeurs mixtes de la face et du palais. *Ann. d'Anatomie Path.* T. XI. N° 3. Mars 1934.
- FREY. — Structure et origine des tumeurs mixtes des glandes salivaires. *British journal of Surg.* Octobre 1927.
- FRIEDLANDER. — Über Geschwülste mit hyaliner Degeneration u. s. w. *Arch. Virch.* 1876. T. LXVII.
- FRIEDREICH. — Zur Casuistik der Neubildungen. *Virch. Arch.* 1868. T. XXVII, p. 375.

G

- GANS. — *In Histologie der Hautkrankheiten.* Berlin 1928. Bd. 11.
- GASTOU. — Les maladies du cuir chevelu. *Paris* 1902.
- GATÉ, MASSIA (G.) et MICHEL. — Cylindrome angiomateux de l'angle interne de l'œil. *Société Franç. de Dermatologie.* Mars 1935, p. 379.
- GERNEZ et SURMONT. — Sur un cas d'adamantinome. *Bull. du Concer.* Déc. 1928.
- GOMPERZ. — Tumor (cylindrom) der vorderen. Keilbeinwand. *Oster. Otol. Ges. Sitzg.* 30 mai 1904. *Mschr. Ohrenheilk.* 1904. 329.
- GORIS. — Cylindrome énorme de la face et des sinus. *XXVI^e Congrès annuel Société belge O. R. L.* Bruxelles, 1920.
- GOSSET, BERTRAND et FUNCK-BRENTANO. — Les tumeurs mixtes de la sous-maxillaire. *Journal de Chirurgie.* Août 1932.
- GRAEFFE (DE). — Mittheilungen von Krankheitsfällen Tumoren. *Arch. f. ophtalmo.* 1854. T. I.

- GRIMES. — Pronostic des tumeurs malignes des fosses nasales. *Thèse Toulouse*, 1924.
- GUIDDA. — Sur le trait. chirurg. associé au radium et à la radiothérapie dans les cylindromes du voile. *Cultura Medica Moderna*. Palerme. 1929. T. 8, n° 15, p. 680-686.
- GUTEKUNST. — Ein Fall von cylindrom der Highmorshöhe. *Arb. path. Inst. Tübingen*. 5, H. I. (1904).

H

- HAUTANT. — A propos de deux cas de cylindrome des fosses nasales et du voile du palais. *Ann. des mal. de l'oreille*. 1925, p. 1.237.
- HAUTANT. — Le traitement des épithéliomas du massif facial et les travaux récents. *Ann. Mal. Oreilles*, 1928, p. 743.
- HAUTANT, MONOD (O.), KLOTZ (A.). — Les épith. ethmoïdo-orbitaires. Leur traitement par l'association chirurgie.
- HEINECKE. — Verletzungen und chirurgische Krankheiten der Speicheldrüsen. *Dtsch. Chir. Lief.* 33. 1913.
- HESCHL. — Über ein cylindrom der Lunge. *Wiener Med. Wochenschrift*. 1867.
- HEULLY et BÆCKEL. — Une forme rare de tumeurs des glandes salivaires : cylindromes de la glande sublinguale. *Revue de chir.* 1911. XLIII, p. 468.
- HOFER. — Carcinom der Nase und Cylindrom des Siebbeins. *Wien laryng. ges.* 5 nov. 1919.

K

- KIRSCHNER. — Das Endotheliom des Autrum Highmori. *Arch. f. Laryngol.* 1903. Bd. 15.
- KLEBS. — Articles tumeurs in *Allgemeine Path.* 1889. T. I.
- KLESTADT. — Ueber die epitheliale Natur der sogennanten Endotheliome der oberen Luftwege. *Zeitschrift für Hals.* 1924. T. VII.
- KOCHER (P.). — Zur Kenntniss der pulsirenden Knochengeschwülste nebst Bemerkungen über hyaline Degeneration von cylindromen. *Arch. Virch.* 1868. T. XLII, p. 311.

- KOESTER. — Cancroïd mit hyaliner Degeneration Cylindroma Bilroth's. *Arch. Virch.* 1867.
- KOULNIEFF. — Cylindrome multiple de la peau. *Soc. russe syph. et dermato.* 17 décembre 1894. *Ann. dermato.* 1895, p. 242.
- KROMPECHER. — Zür Histogenese und Morphologie der mischgeschwülste der Haut der Speichel und Schleimdrüsen. *Beitr. Path. Anat.* 44. (1908.)

L

- LAGRANGE. — *Rapport Société franç. d'opht.* 1903.
- LAGRANGE et VALUDE. — *Encyclopédie fr. d'opht.* T. VIII, p. 768.
- LAPERSONNE (DE) et METTEY. — Cylindrome de l'orbite. *Arch. d'opht.* Avril 1906, p. 193.
- LAURENT. — Contr. à l'étude des tumeurs malignes primitives des cavités accessoires des fosses nasales. *Thèse Bordeaux.* 1924.
- LECÈNE. — A propos des tumeurs mixtes de la face. Deux cas de dysembryomes conjonctivo-épithéliaux sous-cutanés au niveau du sillon naso-génien. *Bull. du Cancer*, 20 janvier 1919.
- LEMAITRE (F.), ARDOIN (G.) et LEMAITRE (Y). — Considérations sur les cylindromes. *Collegium O. R. L.*, Budapest, 1-4 septembre 1935.
- LENORMANT. — Les tumeurs mixtes de la joue et des lèvres. *Revue de chir.* 1908.
- LEROUX (Roger). — A propos de l'histogénèse du cylindrome. *Bull. du Cancer*. T. IX, p. 107. 1920.
- A propos des tumeurs mixtes des glandes salivaires. *Bull. du Cancer*. Janvier 1926.
- Tumeurs épithéliales de la parotide. Discussion pathogénique. *An. d'Anat. Path.* 1928, p. 933.
- LEROUX (R.) et LEROUX-ROBERT (J.). — Essais de classification architecturale des tumeurs des glandes salivaires. *Bull. du Cancer*. T. XXIII, n° 4. Mai 1934.
- Les tumeurs dites mixtes des glandes salivaires et des autres formations glandulaires cervico-faciales. *Ann. d'Oto-Laryng.* 1936. N° 2, p. 113.

- LEROUX-ROBERT (J.). — Les cancers primitifs de la trachée.
Ann. d'Oto-Laryng. n° 5, 1936, p. 493.
- LETULLE. — Cylindrome de la joue. *Bull. Soc. Anat. Paris*, février 1911.
- *Précis d'anatomie pathologique*. Paris 1912, p. 316.
- LETULLE et DUCLOS. — Cylindrome de la paupière inférieure.
Bull. Soc. Anat. Paris, octobre 1913, p. 417.
- LORAIN et ROBIN. — Sur deux nouvelles obs. de tumeurs hétéradéniques etc. *Mém. Soc. Biologie* 1854.
- LUCKE. — Ueber Geschwülste mit hyaliner Dégénération.
Virch Arch. T. XXV, pp. 530-538.

M

- MAC FARLAND. — Etude de 135 cas de tumeurs parotidiennes.
Surg. Gyn. and obst. Juillet 1933.
- MACHELIDON. — Cylindromes du cuir chevelu et de la peau.
Thèse Lyon, 1932.
- MAGDELEINE. — Un cas de cylindrome du max. inf. *Annales mal. oreilles*. 1928, p. 920.
- MAIER. — Beitrag zur Cylindromfrage. *Virch Arch.* 1858.
T. XIV, p. 270.
- MAJOCCHI. — Contributo allo studio del cilindroma cutaneo del sopra ciglio destro. *Revue dermat.* 1926.
- MALAN. — Tumori endotheliali del naso e cavita annessa. *Clinica chirurgica*. 1915. N° 3.
- MALAN. — Cylindrome du dos du nez. *Arch. Inter. Laryngologie*. 1922, p. 723.
- Dei tumori intramurali palatini. *Arch. Ital. Laryngologica*. 1932.
- MALASSEZ. — Sur le cylindrome. *Arch. Physiol. normale et path.* 1883.
- MANASSE. — Ueber die Endotheliome des Larynx. *Zeitschr. f. Ohrenheilk.* 1910. Bd. 60.
- MARSHIK. — Cylindrom des linken Oberkiefers. *Wien Laryng. Ges.* 1909.
- Cylindrom der Keilbeinhöle. *Wien. Laryng. Ges.* Novembre 1909.

- MASSON. — Spécificité cellulaire et tumeur mixte. *Bull. du Cancer*. Avril 1914.
- Polarité cellulaire et structure des tumeurs paradoxales. *Bull. du Cancer*. T. XI, n° 6. Juin 1922, p. 345.
- MATHAN. — Essai sur l'étude des tumeurs hétéradéniques. *Thèse Paris* 1863.
- MATHIEU (P.). — Résection subtotale du maxillaire supérieur pour cylindrome. *Bull. et Mémoires Société Chirurgie*, 3 mars 1920, p. 389.
- MATTINA. — Un cas de cylindrome de l'amygdale. *Cultura Médica Moderna*. Palerme 1931. T. 10, n° 9, p. 350.
- MÉNÉTRIER et PEYRON. — Quelques considérations sur l'histogénèse et l'origine des tumeurs para-buccales dites mixtes. *Bull. du Cancer*. T. XI, n° 8. Novembre 1922.
- MENZEL. — Tumeur maligne de la base de la langue. *Société Viennoise de Laryngo*. 9 février 1910, in *Annales des mal. oreilles*, 1912, p. 146.
- Vorstellung eines Falles mit Cylindrom van der Kieferhöhlenschleimhautaus. *Wien Laryng. Ges. Sitzg*, 7 mai 1913.
- MERRIT. — Tumeurs mixtes de la parotide. *American Journal Roentg. Springfield*, avril 1931.
- MINNIGERODE. — Zur Kasuistik der Tumoren der Trachea. *Zeitsch f. Hals Nasen u. Ohrenh.* T. IX. n° 1, 1924.
- MIYAGI (G.). — Un cas d'endothéliome du voile du palais. (*Otologia Fukuok*, t. II, p. 947, 1929. *Japonais*, in *Zentralbl. f. Hals.*, t. XV, p. 772, 1930.
- MOISSONIER. — Cylindrome de la glande lacrymale. *Arch. d'opht.*, sept. 1903.
- Cylindrome orbitaire. *Arch. d'ophtal.*, juin 1904.
- MOULONGUET (P.) et PEYNET. — Des tumeurs mixtes de la face. *Ann. d'Anat. Path.*, décembre 1927, p. 957.
- MOUTIER et REDON. — Evolution anatomo-clinique des tumeurs parotidiennes. Conclusions chirurgicales. *Journ. de Chirurgie*, 1933, p. 44.
- MULERT (D.). — Ein Fall von multiplen Endotheliomen der Kopfhaut, zugleich ein Beitrag zur Endotheliomenfrage. *Thèse de Rostock*, 1897.

N

- NASSE. — Fall von multiplen Hautgeschwülsten des Kopfes. *Deutsche medic. Wochenschrift*, 1891, p. 1080.
- NAV RATIL. — Cylindrome du voile du palais. *Casopis Lekarů Ceskych.*, 1927, n° 13-14.
- NEUMANN (E.). — Zur Casuistik der myxome und Cylindrome. *Arch. Heilkunde*, 1868. T. IX, p. 480.
- NICOLAS, MASSIA et LEBEUF. — Cylindrome de la face et du cuir chevelu. *Bull. Soc. Dermato.*, janvier 1932, n° 1, p. 10.
- NICOLAU. — Sur le cylindrome de la peau. *Arch. méd. expérimentale*, 1903, p. 796.
- NOOSTEN et Vos. — Parabuccal mixed tumors. specially cylindromas of the maxillary sinus. *Acta Oto-Laryng.*, XXI, n° 1, p. 127.
- NUSBAUM. — Ein fall von Zylindrom des Warzenfortsatzes. *Arch. f. Ohren*, Berlin, mai 1930, T. 125, S. 307.
- Evolution anormale d'un cylindrome de l'apophyse mastoïde. *Arch. f. Ohren*, Berlin, 1932. T. 131, p. 13-15, n° 1 et 2.

O

- OBERLING. — Discussion Société Anat., Paris, in *Ann. d'Anat. Path.*, T. VII, janvier 1930, p. 138.
- OPPIKOFER. — Discussion au Collégium O. R. L., Budapest, 1^{er}-4 septembre 1935.
- ORDONEZ. — Sur les tumeurs hétéradéniques. *Compte rendu. Académie des Sciences*, juin 1886, p. 403.

P

- PAGENSTECHER. — Beitrag zur Geschwulstlehre. *Virch. Arch.*, 1896, T. 49, p. 490.
- PAQUET et HERMANN. — Sur un cas d'épithélioma (cylindrome) de la glande de Cowper. *Jour. de l'Anat. et de la Physiol.*, 1884.
- PATEY. — Tumeurs mixtes des glandes salivaires. *Britisch. Journ. Surg. Bristol*, oct. 1930.

- PETIT (A.). — Des tumeurs mixtes de la glande lacrymale orbitaire. *Thèse Lyon* 1921.
- PEYNET. — Tumeurs mixtes de la face. *Thèse Paris*, 1927.
- PFEIFFER. — Ueber die Cylindrome der oberen Luftwege. *Arch. für Laryng.*, 1913. Bd. 27 H. 3, S. 516.
- PIAZZA MISSORICI. — 4 cas rares d'endothéliomes du palais guéris par la vaccino-thérapie Citelli. *Oto-Rh. Laryng. Italiana*, août 1930, p. 37.
- PICCO. — 57 cas d'épith. bénins cylindromateux. *Il Cancro*, Turin, 1932, T. 3, n° 2, p. 114-126.
- PINKUS. — Cylindrom des Kopfes u. s. w. *Verhandl der 12 Kongr*, Hamburg. 1921.
- PITANCE. — Etude des tumeurs mixtes du voile du palais. *Thèse Paris*, 1897.
- POLI. — Les différentes phases d'un cylindrome nasal. 14^e *Congrès Soc. Ital. Laryng.*, Roma, oct. 1911.
- POLLAK. — Endothéliale Geschwülste der Nase. *Arch. f. Laryngol.* Bd. 2, 1911.
- POLLAND. — Uber cylindroma epitheliale. *Mh. Dermat.* 43-6.
- PONCET (A.). — Note sur une variété de tumeurs confluentes du cuir chevelu. *Rev. de chirurgie*, 1890, p. 244.
- PORRET. — De la dégénérescence épithéliomateuse des loupes multiples du cuir chevelu. *Thèse Lyon*, 1893-94.
- PORTMANN. — Tumeur à type cylindromateux du plancher de la bouche. *Bull. Soc. Anat.*, Paris, févr., 1920.
- PREUSSE. — Uber das cylindrom der Zunge. *Beit. Klin. chir.*, 122-355. Beitr. 22 (1921).

Q

- QUENU. — *Art. Tumeurs in Traité de Chirurgie*. Duplay et Reclus, Paris, 1897.
- Cylindrome de la base de la langue. *Bull. Société Chirurgie*, Paris, 1919.
- QUEYRAT et RABUT. — Large épithélioma du nez, de l'œil et de la joue. *Bull. Société Dermato.*, 1921, n° 2, p. 36.

R

- RAZEMON (P.) et DELANNOY. — Un cas de cylindrome de la

- glande sous-maxillaire gauche. *Gaz. des Praticiens*, 1925, p. 183.
- REBATTU et MAYOUX. — Tumeur palatine (cylindrome). *Lyon Médical*, 30 oct. 1924.
- REBATTU et PARTHIOT. — Cylindrome de l'ethmoïde. *Presse Médic.*, 5 mai 1926, p. 570.
- RIBBERT. — Uber das Cylindrom. *Münch Med. Wschr.*, 33, n° 3, 1907.
- RINCK. — Ueber das cylindrom. Cité par Rudnew. *Canstatt's Jahr.*, 1867, p. 289.
- ROBIN et LABOULBÈNE. — Sur trois productions morbides non décrites. *Mém. Soc. Biologie*, 1853.
- ROGMANN. — Sur les tumeurs de la glande lacrymale. *Ann. d'ocul.*, février, 1900.
- RÖPKE. — Uber das Endotheliome der Nasenhöhle. *Munchener Wochenschr.*, 1904, n° 33.
- ROUSSY. — *Précis d'anatomie pathologique*, 1934.
- RUPPE (Ch.). — Considération sur les adamantinomes kystiques mandibulaires. *Ann. d'oto-laryng.*, fév., 1932.
- RUSO FRATASSI. — Lymphangio-endothéliome à type cylindromateux de la région mastoïdienne. *O. R. L. Italiana*. Année II, n° 3, mai 1932, p. 248.
- RUSTIZKY. — Epithélial Carcinom der dura-mater mit hyaliner degeneration. *Arch. Virch.*, 1874, T. LIX.

S

- SAARESTE. — Zur Frage der sogenannten Endotheliome der oberen Luftwege. *Acta Oto-Laryng.*, 1928, T. XII, p. 359.
- SARGNON et MAYOUX. — Paralysie des dix derniers nerfs craniens par tumeur péri-tubaire (cylindrome). *O. R. L. Internationale*, 1925, n° 10, p. 545.
- SARGNON. — Un cas de cylindrome péri-tubaire avec otite, puis paralysie du moteur oculaire externe et névralgies du trijumeau. *Société O. R. L., Lyon. in Annales d'Oto-Laryng.*, 1934, n° 10, p. 1011.
- SATTTLER. — Sur les tumeurs appelées cylindromes. Berlin 1874.

- SEGURA. — Un cas de cylindrome trachéal. *Annales des Mal. Oreille*, 1913, p. 162.
- SEITZ (H.). — Ein Fall multipler Cylindromen der behaarten Kopfhaut. *Thèse de Munich*, 1898.
- SILVAGNI (M.). — Tumori maligni dell'etmoide. XXX° *Congresso Soc. Ital. Laryngologie. Padova*, sept., 1934.
- SIMARD. — Epithélioma sudoripare. *Bull. du Cancer*. T. XV, juillet 1926.
- SPANGENBERG. — De l'endothéliome du naso-pharynx. *Thèse Strasbourg*, 1912.
- SPIEGLER (E.). — Ueber Endotheliome der Haut. *Arch. für Dermato.*, 1899, p. 163.
- STELLA (DE). — Cylindromes en oto-rhino-laryngologie. *Bull. Soc. Belge d'otologie*, 1923, n° 4.
- STEUDENER. — Beiträge zur Onkologie. *Arch. Virch.*, 1868, T. XXXXII, p. 39.

T

- THEODORESCO et O. HOFER. — A propos des cancers de la joue. *Presse Médic.*, 19 décembre 1934.
- THIBEAUDEAU et BURKE. — Etude histologique des tumeurs des glandes salivaires. *Journal Cancer Reseach*. N. Y., août, 1930.
- THIELEMANN. — *Folia oto-laryng. I. Orig.* 13 (1925).
- THIERY. — Contribution à l'étude du cylindrome. *Thèse de Lille*, 1888.
- THRANE. — Cylindrome dans le pharynx et le voile du palais. *Soc. Roumaine O. R. L.*, 2 mai 1923.
- TIEDEMAN. — Verigg. Westdtisch. *Hals. u. s. w. Arzte, Sutzg.*, nov., 1924.
- TOMASSI. — Über die Entstehungsweise der Friedreich'schen Schlauchsarkoms. *Virch. Arch.*, 1864, T. XXXI, p. 111.
- TRAINA. — Des tumeurs cylindromateuses (sinus maxillaire, dos du nez, pharynx). *Bolletino della Mallatie del l'orecchio*, avril 1935.

V

- VALUDE. — Un cas de cylindrome de l'orbite chez un enfant. *Arch. d'opht.*, 1906, p. 585.

- VAN KRYGER. — Eine seltene Geschwulstbildung in der Zunge (endothelium). *Festschr. der Universitaet Erlangen, Heft 3*, 1901, p. 243.
- VERGER. — Le traitement des épithéliomas du maxillaire sup. par l'association chirurgie-curiéthérapie. *Thèse Paris*, 1925.
- VERHOEFF. — Mixed tumor of the lacrymal and salivary glands. *J. of Med. Research.*, 1905.
- VÖHSEN. — Tumor (Cylindroma osteoïdes) der Nasenhöhle. *Verh. dtsh. Naturforsch. Heidelberg*, 1889.
- VOLKMANN. — Einn neuer Fall von Cylindergeschwulst. *Arch. Virch.*, 1857, T. XII.

W

- WATANABE. — Ueber das Cylindrom und das Epithélioma ade-noïdes cysticum. *Arch. für dermat. und. syph.*, Bd 120, 1922.

Z

- ZEIDLER. — Ein Cylindrom des Zungengrunde mit Drüsen-metastasen. *Zbl. Hals usw Heilk.* 10 - 359 (1927).
- ZUBERBIER. — Les cylindromes épithélieux du nez. *Prz. Laryngol.*, 1927.

TABLE DES MATIERES

I. — INTRODUCTION.	1
II. — ETUDE ANALYTIQUE.	5
Cylindromes de la peau (face et cuir chevelu)	
a) multiples.	7
b) à type de tumeurs unique.	15
Cylindromes des glandes salivaires principales.	28
Cylindromes para-oculaires (glande lacrymale et cavité orbitaire).	64
Cylindromes des voies digestives supérieures.	70
1) Cylindromes de la voûte palatine et du voile du palais.	70
2) Cylindromes du rebord alvéolaire des maxillaires.	89
3) Cylindromes du plancher de la cavité buccale.	98
4) Cylindromes de la langue.	100
5) Cylindromes et adamantinomes.	104
Cylindromes des voies aériennes supérieures.	114
1) Cylindromes des fosses nasales et des sinus.	114
2) Cylindromes du naso-pharynx	125
3) Cylindromes du larynx et de la trachée.	134
Cylindromes à localisations exceptionnelles.	145
III. — ETUDE SYNTHÉTIQUE.	147
Anatomie pathologique et pathogénie.	149
Clinique.	155
Fréquence.	155
Age et sexe.	156

Origine.	156
Caractères physiques	157
Caractères évolutifs	158
Mode d'accroissement et durée de l'évolution.	158
Récidives.	159
Adénopathies et métastases	161
Pronostic.	163
Diagnostic.	165
Thérapeutique.	167
Traitement chirurgical	167
Traitement par les agents physiques.	168
Conduite thérapeutique	169
IV. — CONCLUSIONS	171
V. — BIBLIOGRAPHIE	173



IMPRIMERIE SPÉCIALE
DE
MM. VIGOT Frères



